

Marta Soraia da Silva Braga nº29290

Relação entre a variação da Tensão Arterial e o grau de Obesidade nos Adultos
Residentes em Resende

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima

2017

Marta Soraia da Silva Braga nº29290

Relação entre a variação da Tensão Arterial e o grau de Obesidade nos Adultos
Residentes em Resende

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima

2017

Marta Soraia da Silva Braga n°29290

Relação entre a variação da Tensão Arterial e o grau de Obesidade nos Adultos
Residentes em Resende

Marta Braga

“Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem”

Resumo

A Hipertensão e a Obesidade representam problemas de Saúde Pública com grande destaque não só em Portugal mas também a nível mundial. Trata-se de fatores de risco para um elevado número de complicações cardiovasculares como o Acidente Vascular Cerebral responsável por uma elevada taxa de mortalidade e morbilidade (Beevers, 2010); (DGS, 2005).

No que diz respeito à Hipertensão Arterial, sabe-se que em 2013, 3 milhões de Portugueses eram hipertensos, isto é 42% da população (Macedo, Médicos de Portugal, 2013).

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015) tem existido um acréscimo nos números relativos à população com excesso de peso. Em Portugal 52,8% da população com mais de 18 anos tem excesso de peso.

Tendo presente estes problemas de Saúde Pública, considerou-se que o presente estudo tivesse como objetivo principal conhecer a relação entre a Variação da Tensão Arterial e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende. Desta forma optou-se por realizar um estudo descritivo simples, de abordagem quantitativa, em meio natural. Para a concretização deste estudo contou-se com uma amostra de 37 adultos residentes em Resende, que se encontravam no largo da Igreja Paroquial de Resende no dia 2 e 9 de Outubro de 2016 entre as 10 e as 12 horas. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados: um questionário para recolha dos dados referentes às variáveis que caracterizam o grupo em estudo e uma grelha de observação para avaliação dos dados antropométricos e da Tensão Arterial. Os dados foram apresentados através de gráficos após tratamento e análise no programa Microsoft Excel.

Como principais resultados do estudo concluiu-se que de facto a distribuição dos dados referentes ao excesso de peso e à Obesidade apresentam valores em associação à distribuição dos dados inerentes à variação da Tensão Arterial.

Palavras Chave: Adulto, Hipertensão, Obesidade, Projeto, Tensão Arterial.

Abstract

Hypertension and Obesity are a Public Health Care issue not only in Portugal but worldwide. They are risk factors for a wide range of cardiovascular complications such as strokes, which, in turn, are responsible for elevated mortality and morbidity rates (Beevers, 2010); (DGS, 2005).

In what concerns Hypertension, a 2013 study concluded that 3 million portuguese citizens were hypertensive, in other words, 42% of the poplation (Macedo, Médicos de Portugal, 2013).

According to the National Health Institute Doutor Ricardo Jorge (2015) the number of people overweight has increased. In Portugal, 52,8% of the population over 18 is overweight.

Bearing these Public Health issues in mind, the main focus of this study is to perceive the relationship between Blood Pressure variation and the degree of Obesity in adults living in Resende. In order to accomplish this, we chose a simple descriptive study, with a quantitative approach, in a natural environment. To perform this study, we counted on a sample of 37 adults residing in Resende, who were at the Church Square on the 2nd and the 9th of October 2016, between 10 and 12 am. The following data gathering instruments were used: a questionnaire to compile information regarding the variables that characterise the study group and an observation grid to assess the anthropometric and Blood Pressure evidence. The data was presented through graphics after being treated and analysed in Microsoft Excel.

The main results of the study showed us that the distribution of the data referring to excess weight and obesity present values which are associated with the distribution of the information regarding Blood Pressure variation.

Keywords: Adult, Hypertension, Obesity, Project, Blood Pressure.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer aos meus pais e ao meu irmão, por todo o esforço que fizeram durante estes 4 anos, pelo o carinho, compreensão e paciência. Sem eles não teria sido possível a concretização deste sonho. Obrigada por acreditarem em mim!

Quero também agradecer ao meu namorado por todo o apoio e motivação que me deu durante estes últimos três anos.

Obrigada à Cátia por todo o apoio e pela ajuda que me tem vindo a dar durante 10 anos.

Não posso deixar de referir os meus dois amigos, Vera e Daniel, que me viram crescer de perto durante estes quatro anos. Obrigada pelas histórias que partilhamos.

Obrigada a todos os meus colegas de turma. Em especial à Catarina que muito me apoiou e partilhou comigo esta última fase.

Não poderia deixar de agradecer a toda a minha família e amigos que desde sempre me apoiaram incondicionalmente.

Obrigada a todos os Professores e Enfermeiros que fizeram de mim a aluna e pessoa que sou hoje.

Obrigada a todas as pessoas que se disponibilizaram a participar no meu estudo ou que de alguma forma para ele contribuíram.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer à Professora Manuela Pontes, não apenas pela orientação deste trabalho, mas por todas as palavras, pelos conselhos que muito apreço e por toda a disponibilidade que sempre teve para comigo. Obrigada.

Índice

I.	Introdução.....	12
II.	Fase Concetual	14
1.	Justificação do Tema de Investigação	14
2.	Revisão Bibliográfica	16
i.	Homem Adulto.....	16
ii.	Obesidade.....	17
iii.	Índice de Massa Corporal.....	19
iv.	Tensão Arterial.....	20
•	Fisiopatologia da Hipertensão Arterial	21
•	Etiologia da Hipertensão Arterial.....	22
•	Diagnóstico da Hipertensão Arterial.....	22
•	Epidemiologia da Hipertensão Arterial.....	24
•	Manifestações Clínicas.....	24
•	Tratamento	25
•	Papel do Enfermeiro.....	26
3.	Problema de investigação	26
4.	Objetivos.....	27
i.	Objetivo Geral.....	28
ii.	Objetivos Específicos.....	28
5.	Variáveis	28
1.	Considerações Éticas	29
2.	Meio do Estudo.....	31
3.	Tipo de Estudo	31
4.	População.....	31
5.	Amostra.....	32
6.	Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados do Estudo	33
i.	Questionário	33
ii.	Grelha de Avaliação das Variáveis Antropométricas e da Tensão Arterial..	34
iii.	Pré-Teste	35
IV.	Fase Empírica	37

1.1.	Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados	37
1.1.1.	Variáveis Sociodemográficas	38
1.1.2.	Variáveis em Estudo	51
V.	Conclusão	60
VI.	Bibliografia.....	61
Anexos	67
	Anexo 1 – Consentimento Informado.....	68
	Anexo 2 – Questionário	70
	Anexo 3 – Grelha de Avaliação dos dados Antropométricos e da Tensão Arterial ...	72

Figuras

Figura 1 - Algoritmo clínico segundo a DGS.....	23
Figura 2 - Plano de Frankfort	35

Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos dados relativamente à idade da amostra.....	39
Gráfico 2: Distribuição dos dados relativamente ao género da amostra.....	40
Gráfico 3: Distribuição dos dados relativamente ao estado civil da amostra.....	41
Gráfico 4: Distribuição dos dados relativamente ao nível de escolaridade da amostra.....	42
Gráfico 5: Distribuição dos dados relativamente à profissão da amostra.....	44
Gráfico 6: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de doenças referidos pela amostra.....	46
Gráfico 7: Distribuição dos dados relativamente ao número de consultas médicas anuais da amostra.....	47
Gráfico 8: Distribuição dos dados relativamente ao número de consultas dentárias anuais da amostra.....	48
Gráfico 9: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de medicação que a amostra refere usar.....	50
Gráfico 10: Distribuição dos dados relativamente ao peso da amostra.....	52
Gráfico 11: Distribuição dos dados relativamente à altura da amostra.....	53
Gráfico 12: Distribuição dos dados relativamente ao Índice de Massa Corporal da amostra.....	54
Gráfico 13: Distribuição dos dados relativamente aos valores da Tensão Arterial da amostra.....	56
Gráfico 14: A relação entre a Variação da Tensão Arterial e a Obesidade nos Adultos de Resende.....	57

Tabelas

Tabela 1 – Índice de Massa Corporal.....	19
--	----

Índice de Siglas e Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Cm – Centímetro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

Kg – Quilograma

mmHg – Milímetros de Mercúrio

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PHYSA – Portuguese Hypertension and Salt Study

RP – Resistência Periférica

SPCNA – Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação

TA – Tensão Arterial

VS – Volume de Sangue

WHO – World Health Organization

I. Introdução

O projeto de graduação teve início no 2º ano de Licenciatura e tem vindo a ser desenvolvido até à data. Este envolve várias áreas de estudo inseridas na Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Durante os quatro anos de licenciatura foi permitido ao investigador adquirir conhecimentos e enriquece-los de forma a lhe ser possível concretizar a última etapa da Licenciatura em Enfermagem – o Projeto de Graduação.

O tema abordado pelo investigador foi: Relação entre a variação da Tensão Arterial (TA) e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende.

A escolha do tema deveu-se ao facto da TA ser um problema a nível mundial e nacional. Este é um assunto preocupante na atualidade, por ser um fator precipitante das principais causas de mortalidade e morbilidade.

Sabe-se que atualmente existem inúmeros fatores modificáveis e não modificáveis que estão interligados com a TA, entre os quais a obesidade que influencia os valores da TA.

Este tema está ainda diretamente relacionado com a enfermagem, nomeadamente na promoção da saúde e prevenção da doença, visto que com o aumento da obesidade se mostra importante preveni-la e diminuí-la, e no que diz respeito à HTA o papel do enfermeiro é imprescindível para a detetar.

Para o estudo desta temática, optou-se como população os residentes de Resende, mais concretamente os adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (Farah & Sá, 2008). Escolheu-se apenas uma amostra da população pois estudá-la na sua totalidade seria impossível devido a vários fatores condicionantes, como as variáveis em estudo e o tempo. Após a escolha da temática, surgiu o objetivo geral: Conhecer a relação entre a Variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende.

Partindo do objetivo geral, selecionaram-se os objetivos específicos, sendo eles:

- Identificar valores da TA nos Adultos de Resende;
- Avaliar a altura e o peso dos Adultos Residentes em Resende.
- Estimar o IMC do grupo de participantes através do peso e da altura.

Para além dos objetivos referidos anteriormente, o investigador apresentou também motivações académicas e pessoais. Como motivações académicas, estas focam-se na aquisição do conhecimento científico, desenvolvendo uma temática pertinente no âmbito da enfermagem e de interesse público, potencializando ainda as competências e saberes na área da investigação. Relativamente às motivações pessoais, a hipertensão constituiu um dos principais problemas na sociedade atual, tendo sido possível verificar este facto nos campos de estágio, em contacto com os utentes. Torna-se fundamental e de extrema importância compreender de que forma a TA está relacionada com a obesidade, compreendendo os malefícios que destas duas condições podem advir, permitindo desta forma alertar e consciencializar a população.

Considerando as características da população do presente estudo, optou-se, por utilizar o questionário e uma grelha de avaliação como instrumentos de recolha de dados, que foram aplicados no dia 2 de outubro e 9 de outubro de 2016 no largo da igreja de Resende – Paredes de Coura, entre as 10 e as 12 horas.

Com os resultados obtidos, compreendeu-se que pessoas com excesso de peso tendem a apresentar valores de TA superiores aos das pessoas que segundo o IMC apresentam o peso ideal para a sua altura. No entanto nem em todos os casos foi possível observá-lo.

Este projeto encontra-se dividido em três fases, sendo elas: a fase concetual, fase metodológica e fase empírica. Todo o texto é elaborado tendo em atenção a sua clareza e objetividade. Espera-se que, desta forma, o leitor consiga compreender todos os passos descritos pelo investigador no desenvolver do projeto.

II. Fase Concetual

A investigação científica constitui um método que permite a aquisição de novos conhecimentos. Desta forma baseia-se em analisar, descrever e explicar determinados acontecimentos, permitindo dar respostas a questões precisas podendo vir a enriquecer a ciência em diversas áreas (Fortin, 2009, p. 4).

“A ciência é realizada através da investigação” (Ribeiro, 2010, p. 4).

O caminho da investigação desenvolve-se através da elaboração do projeto de investigação, onde o investigador deverá incluir as suas intenções, aquilo que pensa vir a realizar, como o vai fazer e quando (Ribeiro, 2010, pp. 32-33).

Assim sendo, tendo em consideração a autora Fortin (2009), o presente estudo será constituído por três fases, sendo elas a fase concetual, metodológica e a empírica.

A fase concetual caracteriza-se pela definição dos elementos de um problema. É no decorrer desta fase que o investigador procura elaborar conceitos, formular ideias e recolher documentação no sentido de chegar a uma conceção clara do problema (Fortin, 2009, p. 49).

Por fim, e de acordo com a mesma autora (Fortin, 2009, p. 49) “A fase conceptual reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objetivo.”

1. Justificação do Tema de Investigação

A delimitação da temática é uma etapa de extrema importância no processo de obtenção de conhecimentos, pois permite ao investigador definir em termos concretos o seu campo de interesse, especificando o que pretende alcançar e determinar (Vilelas, 2009, p. 71).

Na escolha do tema o investigador deve selecionar um assunto que deseja estudar e pesquisar, tendo em consideração que o tema o deve permitir encontrar um objetivo pertinente e atual de modo a justificar-se a sua investigação científica. Neste sentido é necessário ter condições de ser delimitado e formulado em função da pesquisa que se pretende realizar. A temática a selecionar deve ser realizável e adequada tanto em termos dos fatores externos, que justifique a sua utilidade social, assim como dos pessoais, de modo a facilitar a motivação do investigador durante toda a progressão do estudo (Marconi & Lakatos, 2007, p. 25).

Em 2015, Espiga e Ferreira (p. 48) referem que em Portugal a mortalidade e a morbilidade por doenças cardiovasculares foram a primeira causa de morte e de incapacidade. Segundo a WHO (2016, p. 60) em 2012, 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças não transmissíveis dos quais 7,4 milhões foram devido a doença coronária e 6,7 por acidente vascular cerebral. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015) alertou para o aumento da população com excesso de peso, isto é, 52,8% da população a nível nacional com 18 ou mais, havendo um aumento significativo em comparação com a década anterior que era de 50,9%.

De acordo com os autores referidos anteriormente e tendo em conta o impacto a nível nacional e mundial da temática, o estudo apresentado é sustentado pelo seguinte título, “Relação entre a variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende”.

A escolha deste tema teve origem em diversos fatores que impulsionaram todo o processo de pesquisa, nomeadamente, de ordem académica (devido ao desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito dos cuidados ao ser humano), e pessoal. Atualmente a TA e a Obesidade são alvo de muitos estudos e cuidados, devido aos seus valores elevados em parte da população que se evidenciam como problemas de Saúde Pública preocupantes, tanto a nível nacional como mundial. A atividade refletida decorrente dos Ensinos Clínicos constituiu também uma oportunidade de, por diversas vezes, detetar HTA e excesso de peso nos pacientes a quem foram prestados cuidados, demonstrando a necessidade de continuar a investigar para combater estes problemas.

2. Revisão Bibliográfica

Para escolher um tema, é necessário iniciar por uma seleção cuidada da bibliografia que sustente a revisão inicial da literatura, para que deste modo seja possível conhecer o que já foi investigado e escrito sobre o assunto (Fortin, 2009, p. 49).

O investigador deve proceder a uma revisão bibliográfica o mais ampla possível, pois só através de conhecimentos sólidos e atualizados é viável efetuar a delimitação do seu tema (Vilelas, 2009, p. 57). Esta orientação deve ser cumprida rigorosamente, principalmente se o estudo se insere no âmbito do ser humano na sua complexidade enquanto pessoa única e gregária e a sua compreensão só possa ser enriquecida se a bordagem for holística.

i. Homem Adulto

Desde cedo e durante o decorrer dos anos que é importante educar e autoeducar, procurando sempre a aquisição de conhecimentos e competências de forma a se poder usufruir de um percurso vital com qualidade, de forma a manter a saúde e prevenir as doenças. É necessário educar as crianças e consciencializa-las para a importância de escolhas saudáveis a diferentes níveis, sendo que os adultos devem procurar atualizar-se com o passar dos anos (Pontes, 2015, p. 11).

Neste estudo optou-se por estudar adultos, que segundo (Farah & Sá, 2008, p. 74) esta fase inclui todas as pessoas dos 18 aos 64 anos.

No presente estudo, estudou-se o Homem na sua fase adulta residentes na freguesia de Resende – Paredes de Coura. Esta escolha centra-se no facto de o adulto ser responsável por todas as suas ações e opções em todos os sentidos, sendo que também o é nas questões de saúde e assim sendo escolhe o seu estilo de vida e decide prevenir ou não o aparecimento de doenças e a manutenção da sua saúde (Farah & Sá, 2008, pp. 79-81); (Carmona, Polónia, & Martins, 2009, pp. 28-29).

ii. Obesidade

A alimentação desequilibrada é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), como um dos fortes determinantes precoces da obesidade e das doenças crónicas não transmissíveis na idade adulta (Burrows, et al., 2015).

A dieta mediterrânica representa atualmente um modelo alimentar completo e equilibrado, que em parceria com a atividade física regular, é provavelmente, a melhor forma conhecida de ter e manter a qualidade de vida. Esta dieta tem como pilares os hábitos alimentares das populações da Grécia e do Sul de Itália sendo que Portugal comporta similaridades (DGS, 2017).

A cozinha mediterrânica é uma cozinha simples que tem na sua base as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas onde se incorporam os produtos hortícolas e as leguminosas, com quantidades modestas de carne e que usa como condimentos a cebola, o alho e as ervas aromáticas para enriquecer os seus sabores e aromas. Esta simplicidade contrasta com uma culinária mais rica e elaborada reservada para os dias de festa (Valagão, 2011 cit in DGS, 2017).

Assim sendo, mostra-se importante que a uma alimentação adequada seja associada a atividade física. Segundo a WHO a atividade física caracteriza-se como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia. A atividade física regular de intensidade moderada, como caminhar, andar de bicicleta, ou a prática de desportos trás inúmeros benefícios para a saúde, como: a redução de doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, depressão e o controlo do peso (WHO, 2015).

A alimentação saudável associada à prática de atividade física regular são procedimentos, que embora corretos, são da responsabilidade de cada individuo optar por os pôr ou não em prática. É necessário que haja consciencialização e que se opte por este estilo de vida. Os estilos de vida mostram-se como sendo um conjunto de hábitos e comportamentos dirigidos às situações diárias, apreendidos através do processo de socialização e incessantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo da vida e cabe a cada individuo optar ou não por um estilo de vida adequado de forma a prevenir ou combater a obesidade (Programa Nacional de Saúde Escolar cit in DGS, 2017).

De acordo com a OMS a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde de um indivíduo. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade despendida (OMS cit in DGS, 2005, p. 2).

A obesidade trata-se de uma doença crónica de difícil controlo, que constitui uma ameaça constante para a saúde e mostra-se ser um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, entre as quais as doenças metabólicas, cardiovasculares e cancro (DGS, 2005, p. 2).

Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais (DGS, 2005, p. 2).

A elevada prevalência desta doença em Portugal e a sua taxa de crescimento anual, relacionam-se direta ou indiretamente com a alta morbilidade e mortalidade, sendo que também acompanha uma diminuição da qualidade de vida (DGS, 2005, p. 3).

A prevalência da obesidade é tão elevada a nível mundial que a OMS considerou esta doença como a epidemia do século XXI (DGS, 2005, p. 3).

A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (OMS cit in DGS, 2005, p. 3).

“A obesidade, é definida como $(IMC) > 30\text{kg/m}^2$ (...)” (Barreto-Filho, Consolim-Colombo, & Lopes, 2002, p. 174).

Assim, sabe-se que a obesidade, tem uma enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e idades (DGS, 2005, p. 3).

iii. Índice de Massa Corporal

No presente estudo decidiu-se estudar a obesidade através do Índice de Massa Corporal (IMC), por se mostrar ser um método fidedigno na maioria dos casos.

O IMC define-se como sendo a relação entre o peso e a altura. A fórmula divide o peso em quilogramas, pela altura em metro elevada ao quadrado (peso/altura²).

Segundo a OMS cit in DGS (2005, p. 10) há excesso de peso quando o IMC é ≥ 25 e obesidade quando o IMC é ≥ 30 . Em raras exceções como nos atletas, indivíduos com ascite ou edemas, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade visto não ser possível distinguir a causa do excesso de peso.

Como se pode perceber pela tabela a baixo representada, através do IMC, rapidamente se compreende de um adulto tem baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade (DGS, 2005, p. 10).

Designação	IMC (Kg/m ²)	
		Classe de Baixo Peso
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00 – 16,99	II
Magreza moderada	17,00 – 18,49	I
Normal	18,50 – 24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
		Classe de obesidade
Obesidade	30,00 – 34,99	I
Obesidade	35,00 – 39,99	II
Obesidade	$\geq 40,00$	III

Tabela 1 – Índice de Massa Corporal. Fonte: Adaptada de DGS (2013, p. 9). Segundo Organização Mundial da Saúde (1995, 2000)

iv. Tensão Arterial

A TA caracteriza-se como sendo a força exercida pelo sangue nos grandes vasos, após o coração o bombear de forma a circular por todo o corpo (Beavers, 2010, p. 8), sendo que a Pressão Arterial se caracteriza pelo volume de sangue (VS) que sai do coração vezes a resistência periférica (RP) que este encontra ao circular pelo organismo ($PA = VS \times RP$) (ABC da Saúde e Prevenção, 2003, p. 80).

Para que se compreenda o que é a TA, é importante perceber-se primeiramente como é realizado o processo da circulação sanguínea:

O sangue venoso circula da aurícula direita, passando pela válvula tricúspide em direção ao ventrículo direito. Daqui parte para os pulmões através da artéria pulmonar dirigindo-se para os capilares pulmonares pelas diversas ramificações arteriais. A nível dos alvéolos dão-se as trocas gasosas, onde o sangue fica oxigenado e flui para a aurícula esquerda no coração, através das veias pulmonares – circulação pulmonar. O sangue arterial é transferido da aurícula esquerda para o ventrículo esquerdo passando pela válvula mitral, sendo posteriormente impulsionado para a artéria aorta. Da crossa da aorta saem ramificações para as artérias subclávias e carotídeas, o restante fluído segue para diversos órgãos (circulação esplénica, mesentérica, hepática, etc.) onde, a nível capilar, se processam novas trocas gasosas, de nutrientes e de metabolitos. – circuito sistémico (Hatchett & Thompson, 2002, p. 46); (Gomes, 2012, p. 196).

Para se compreender os valores da TA é importante que primeiramente se conheça a sua fisiologia, assim sendo, segundo (Beavers, 2010, p. 9):

A tensão produzida pelo coração é máxima quando ele se contrai, sendo conhecida como tensão sistólica. Depois o músculo do coração relaxa antes da contração seguinte e a tensão está no nível mínimo sendo designada por tensão diastólica.

O diagnóstico da HTA define-se como a elevação persistente, em diferentes ocasiões sendo a TA sistólica igual ou superior a 140 mm/Hg e/ou a diastólica igual ou superior a 90 mm/Hg.

A Hipertensão Arterial divide-se em três grupos, HTA grau I, HTA grau II e HTA grau III.

- Fisiopatologia da Hipertensão Arterial

Segundo a CIPE, a Hipertensão designa-se como sendo “Processo Circulatório comprometido: Bombagem do sangue através dos vasos sanguíneos com pressão superior à normal” (CIPE, 2010, p. 54).

Quando existe aumento da pressão que o sangue exerce nos grandes vasos sanguíneos, dá-se a hipertensão arterial (Beevers, 2010, p. 8).

A TA é determinada por vários fatores, entre os quais: pela força de bombeamento de cada batimento cardíaco, quanto maior a força, maior será a TA. Pelo volume de sangue em circulação, quanto maior o volume mais aumenta a TA. Por fim, pelo diâmetro dos vasos sanguíneos, quanto menores forem, maior será a TA (Beevers, 2010, p. 12).

As artérias ao longo do tempo têm de resistir à tensão com que o sangue é bombeado pelo coração. Se a TA for mais elevada do que o habitual durante muitos anos, como na hipertensão arterial não tratada, os vasos sanguíneos ficam danificados. O revestimento das artérias torna-se mais tortuoso e espesso dando origem à arteriosclerose, em que as artérias ficam mais estreitas e menos flexíveis. A aterosclerose também é muito comum e provoca estreitamento do lúmen das artérias por inúmeros fatores, entre os quais as placas de gordura são os mais frequentes. Quando uma artéria se torna excessivamente estreita, o sangue não é bombeado adequadamente e a parte do corpo que depende do fornecimento desse sangue fica privada deste e do oxigénio essencial que ele transporta. À medida que a artéria fica mais estreita, há uma maior probabilidade para o desenvolvimento de coágulos de sangue – trombose, que podem provocar o

bloqueamento da artéria, levando à morte da parte do corpo irrigada por essa artéria – enfarte (Beevers, 2010, pp. 29-30).

- Etiologia da Hipertensão Arterial

Existem diversos fatores que podem contribuir para a HTA, estes podem ser modificáveis ou não modificáveis.

Dentro dos não modificáveis tem-se os fatores genéticos (como o nível elevado de colesterol), sexo (há mais homens do que mulheres com hipertensão arterial), idade e historial étnico (raça negra) (Beevers, 2010, p. 39).

O risco de desenvolver HTA é maior quando os fatores genéticos estão presentes. Nem todas as pessoas com historial familiar de HTA desenvolvem esta doença, mas no entanto sabe-se que quando um dos pais é hipertenso, os filhos têm uma maior probabilidade de virem a desenvolver HTA (Carmona, Polónia, & Martins, 2009, pp. 28-29).

Existem ainda fatores modificáveis, sendo eles: tabagismo, colesterol elevado, diabetes, obesidade, *stress*, falta de exercício, consumo excessivo de sal e bebidas alcoólicas.

Sabe-se no entanto, que estes dois grupos estão interligados, pois nas pessoas que têm fatores de risco não modificáveis a sua patologia será agravada se não se absterem dos modificáveis. Isto é, uma pessoa que tenha predisposição genética irá agravar o risco de sofrer da doença se não tiver um estilo de vida saudável.

- Diagnóstico da Hipertensão Arterial

O diagnóstico da HTA faz-se através da sua avaliação em consultório, definindo-se como uma elevação persistente, em várias medições e diferentes ocasiões, da Tensão Arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou da Tensão Arterial diastólica igual

ou superior a 90 mmHg (DGS - Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG, p. 1).

A hipertensão arterial classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave, como representado no esquema a baixo (DGS - Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG, p. 1).

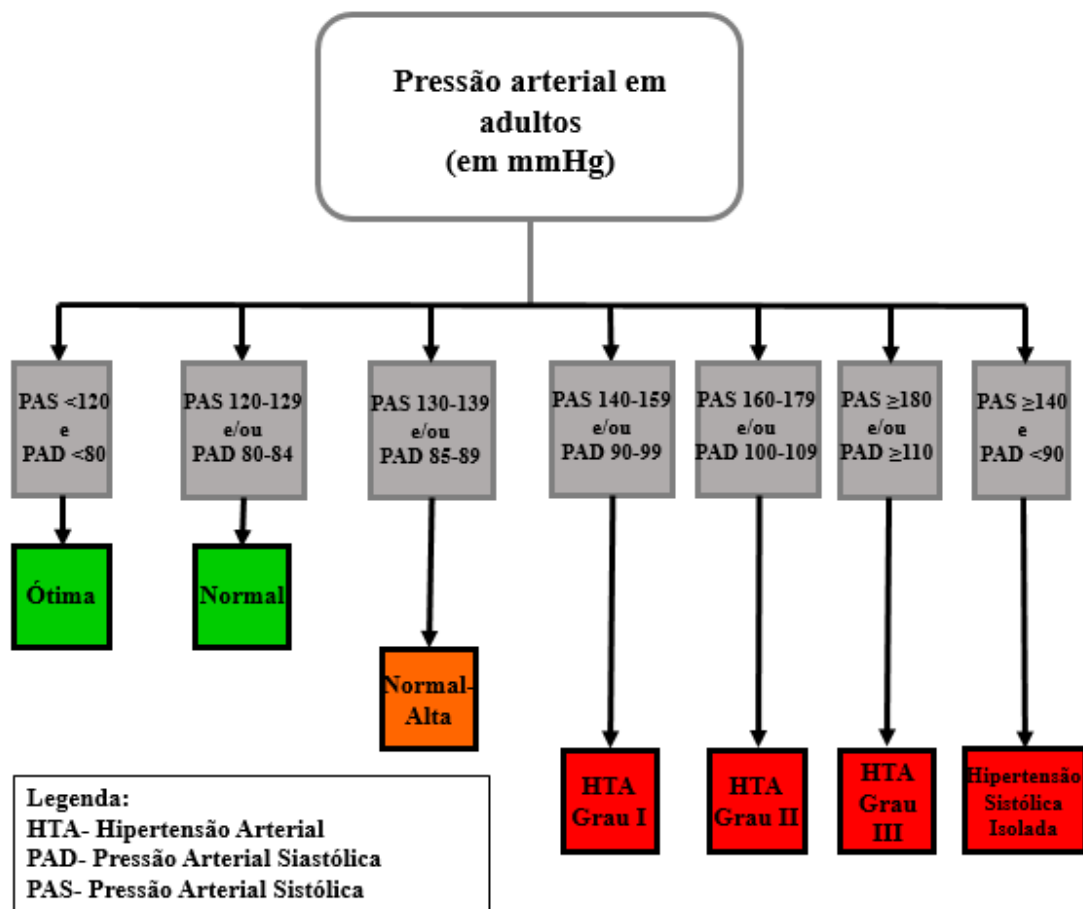


Figura 1 – Imagem do Algoritmo Clínico segundo a DGS (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013).

Para realizar o diagnóstico de HTA é necessário que a avaliação da TA obedeça às seguintes regras, segundo a DGS (Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG):

- Efetuada em ambiente acolhedor;
 - Realizada sem pressa;
 - Com o doente sentado e relaxado, pelo menos, durante 5 minutos;
 - Com a bexiga vazia;
 - Não ter fumado nem ingerido estimulantes (café por exemplo) na hora anterior;
 - Com o membro superior desnudado;
 - Usando braçadeira de tamanho adequado;
 - Medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da TA na primeira consulta.
-
- Epidemiologia da Hipertensão Arterial

Em Portugal cerca de 3 milhões de pessoas são hipertensas, isto é 42% da população, sendo que há maior prevalência desta doença nos homens do que nas mulheres (Macedo, Médicos de Portugal, 2013).

Segundo a DGS em 2012 existiram 23 óbitos por doença hipertensiva em pessoas com idade inferior a 65 anos. No entanto, sabe-se que grande parte das pessoas que sofre de hipertensão não morre da doença mas sim das patologias que dela advém. Por doença cardíaca isquémica em 2012 existiram 171 óbitos, por doença vascular cerebral 520 e por doença das artérias, arteríolas e capilares 98 (DGS, 2014).

- Manifestações Clínicas

Grande parte das pessoas com HTA não apresenta sintomas, no entanto algumas pessoas acreditam sentir a TA elevada. O facto da HTA não provocar sintomatologia, significa que muitas vezes só é diagnosticada ao fim de muitos anos, quando a pessoa apresenta danos no coração, no cérebro ou nos rins (Beavers, 2010, p. 59).

Segundo (Carmona, Polónia, & Martins, 2009, p. 40) a hipertensão arterial é considerada a assassina silenciosa.

Apesar disso, (Pinheiro, 2016) enumera possíveis manifestações clínicas, entre as quais:

- Dores de cabeça localizadas a nível da nuca;
 - Tonturas e desequilíbrio quando estão de pé ou a caminhar;
 - Dificuldade respiratória;
 - Problemas de visão;
 - Fadiga;
 - Zumbidos nos ouvidos ou palpitações;
 - Adormecimento e formigamento nas extremidades dos membros;
 - Edema dos pés.
-
- Tratamento

Segundo (Beevers, 2010, p. 76) o tratamento da hipertensão divide-se em farmacológico e não farmacológico.

Segundo (Pinheiro, 2016) uma vez detetada a hipertensão arterial, é importante que o utente compreenda a necessidade da mudança do estilo de vida. Os utentes com níveis de TA muito alta (ex:160/10) dificilmente conseguem resolver o problema sem o tratamento farmacológico. No entanto, os utentes com hipertensão arterial leve, os tratamentos não farmacológicos a seguir referidos podem solucionar a questão:

- Redução do peso;
- Iniciar exercício físico regular;
- Parar de fumar;
- Reduzir o consumo de álcool;
- Reduzir o consumo de gorduras saturadas;
- Reduzir o consumo de sal;

- Aumentar o consumo de frutas e vegetais.

Obviamente, pessoas que necessitam de recorrer ao tratamento farmacológico, também devem adotar um novo estilo de vida. Atualmente existem três classes de anti-hipertensivos considerados de primeira linha: os diuréticos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os inibidores dos canais de cálcio. Segundo alguns estudos, o importante não é o medicamento utilizado, mas sim o resultado que ele demonstra na redução da hipertensão arterial (Pinheiro, 2016).

- Papel do Enfermeiro

Segundo (Carmona, Polónia, & Martins, 2009, p. XXVI) a população deve ser informada e consciencializada no que diz respeito à gravidade da hipertensão.

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos enfermeiros, 1996).

Compreende-se então, que cabe ao enfermeiro alertar a população para a gravidade da hipertensão e incentiva-la a hábitos de vida saudáveis como forma de evitar esta doença.

3. Problema de investigação

O problema de investigação é fundamental porque centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto oferecendo-lhe direção e coerência, delimita o estudo mostrando os seus limites, faz a revisão da literatura para a questão central e fornece uma referência para a redação do projeto apontando, deste modo para os dados que será necessário obter (Coutinho, 2014, pp. 49-50).

Um problema, considera-se segundo (Marconi & Lakatos, 2007, p. 26), uma dificuldade no conhecimento de algo de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução.

Na formulação de um problema o investigador deve fazer a síntese de um conjunto de elementos de informação sobre o tema (Fortin, 2009, p. 52). Tendo sempre em conta que deve haver clareza, concisão e objetividade (Marconi & Lakatos, 2007, p. 26).

Existe uma necessidade extrema de estudar a HTA pois segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017) Em Portugal existem 2 milhões de hipertensos. Todavia, deste número, apenas: 50% sabe que sofre desta patologia; 25% está medicado; 11% tem a tensão efetivamente controlada. Exatamente por existir uma percentagem tão elevada de doentes cuja HTA não é controlada ou corrigida, é que a HTA é um dos principais fatores de risco no aparecimento de doenças cardiovasculares.

De acordo com os autores a cima referidos, “Compreender a relação entre a variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende”, foi o problema de investigação determinado para o presente estudo.

4. Objetivos

Tendo em consideração a revisão da literatura realizada e o tipo de estudo de investigação que se pretende desenvolver foram formuladas questões de investigação que tiveram por base uma primeira pergunta que deu origem ao estudo em si (Ribeiro, 2010, p. 34).

A pergunta de partida serve como primeiro fio condutor da investigação e como tal, esta deve ser clara, exequível e pertinente (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 44).

Ao selecionar as questões de investigação para o estudo optou-se por não as descrever tendo em conta a similaridade da sua construção em relação aos objetivos.

i. Objetivo Geral

Os objetivos representam aquilo que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação (Ribeiro, 2010, p. 34).

Segundo (Marconi & Lakatos, 2007, p. 24) todas as pesquisas devem ter um objetivo determinado de forma a se compreender o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.

Desta forma objetivo geral ao qual se propôs este trabalho, foi: conhecer a relação entre a Variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende.

ii. Objetivos Específicos

De forma a sustentar o objetivo geral, determinaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar valores da TA nos Adultos de Resende;
- Avaliar a altura e o peso dos Adultos Residentes em Resende.
- Estimar o IMC do grupo de participantes através do peso e da altura.

5. Variáveis

As variáveis num estudo devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional. Todas as variáveis que possam interferir com o objeto em estudo devem ser devidamente controladas de forma a não comprometerem a pesquisa (Marconi & Lakatos, 2007, p. 29).

Ribeiro (2010, p. 36) define variáveis como sendo uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos. É o oposto a uma constante.

Fortin (2009, p. 172) faz referência às variáveis atributo, sendo estas características pré-existent dos participantes num estudo e são geralmente constituídas pelos dados demográficos.

No presente estudo, como variáveis atributo definiu-se idade, género, estado civil, escolaridade, profissão.

Estudou-se ainda a TA (avaliada três vezes por inquirido e estimada a média) e a Obesidade (operacionalizada através do IMC).

III. Fase Metodológica

De acordo com Fortin (2009, pp. 53-54), esta fase consiste em definir os meios de realizar a investigação. É durante a fase metodológica que o investigador escolhe de que forma irá proceder para obter as respostas às questões de investigação de modo a concretizar os objetivos propostos para o estudo. Depois de estabelecer como irá proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos e instrumentos de colheita de dados. É necessário estar seguro quanto à fidelidade e validade dos métodos de recolha de dados, de maneira a obter resultados fiáveis.

“Os desenhos e os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo” (Ribeiro, 2010, p. 51).

1. Considerações Éticas

Numa investigação os aspetos éticos são extremamente importantes, pois sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, a mesma é posta em causa (Ribeiro, 2010, p. 155).

Assim sendo, segundo Hulley et al. (2008, p. 243) existem três princípios éticos que orientam as pesquisas com seres humanos, sendo eles: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

O princípio do respeito à pessoa requer que o investigador adquira o consentimento informado e mantenha a confidencialidade. O princípio da beneficência exige que o percurso da pesquisa seja suportado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-os prováveis benefícios. Os riscos dos participantes incluem tanto os danos físicos como os psicológicos, tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação. O princípio da justiça requer que os benefícios e obrigações da pesquisa sejam distribuídos de forma justa, exigindo também o acesso equitativo aos benefícios da pesquisa. Hulley et al (2008, pp. 243-244).

De forma a cumprir o princípio do respeito à pessoa, foi entregue a cada um dos participantes um documento escrito referente ao consentimento informado, de fácil linguagem e compreensão. Os mesmos leram e assinaram o documento antes da participação no estudo (Anexo 1).

No que diz respeito ao princípio da beneficência, não existiram quaisquer riscos para os participantes, a recolha dos dados foi efetuada, mas apenas após a efetivação do consentimento informado e autorização dos dos mesmos.

Relativamente ao princípio da justiça, os participantes foram informados de igual forma em relação ao questionário e do que este envolvia em relação à metodologia utilizada e à finalidade académica dos resultados.

Foram também informados os participantes relativamente aos valores de PA, tendo sido dadas orientações relativamente à sua situação pessoal.

2. Meio do Estudo

O investigador necessita definir o meio no qual deseja estudo seja conduzido. Os estudos podem ser conduzidos dentro ou fora de laboratórios, os que são realizados fora dos laboratórios são designados de estudos em meio natural, estes não dão lugar a um controlo tão rigoroso (Fortin, 2009, p. 217).

O presente estudo foi realizado em meio natural, isto é, junto da população.

3. Tipo de Estudo

Num estudo quantitativo compreende-se que tudo pode ser quantificável, ou seja, é possível traduzir em números opiniões e informações para que, em seguida, possam ser classificadas e analisadas. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (Vilelas, 2009, p. 103).

Segundo Fortin (2009, p. 29) “A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas.”

Assim sendo, optou-se pela utilização do estudo descritivo simples, considerando que este procura descrever as características de um determinado acontecimento, de forma a compreender os fenómenos relativos às variáveis em estudo no grupo de participantes. Neste tipo de estudo o investigador procura estudar uma situação, a forma como ela se apresenta no meio natural, no intuito de destacar as características de um grupo em estudo (Fortin, 2009, p. 237).

4. População

Após a seleção do meio e tipo de estudo, é necessário definir a população a ser estudada. A população define-se como sendo um conjunto de seres animados que apresentem no mínimo uma característica em comum (Marconi & Lakatos, 2007, p. 41).

A população alvo mostra-se ser um conjunto de pessoas que se enquadram nas características definidas no problema de estudo: serem adultos e residirem em Resende. Como nem sempre é possível estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível, isto é, uma porção da população alvo que se pode aceder (Fortin, 2009, p. 311).

Assim sendo, a população incluída foram os Adultos Residentes na Freguesia de Resende.

5. Amostra

A amostra define-se como sendo uma fração selecionada da população (Marconi & Lakatos, 2007, p. 41).

Segundo (Vilelas, 2009, p. 247) “Uma amostra por conveniência, também chamada acidental, é aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas.”

Atendendo às características do presente estudo, considerou-se crucial utilizar o processo de amostragem não probabilística acidental. Não probabilística porque não foi dada a todos os elementos da população a possibilidade de serem escolhidos para pertencerem à amostra. Acidental pois a amostra constituiu-se por indivíduos facilmente acessíveis que estão num determinado local no momento certo e que aceitaram participar no estudo (Fortin, 2009, p. 321).

Atendendo ao tipo de amostra, compreende-se que este estudo tem validade interna, isto é, não se podem fazer generalizações em relação à restante população. Os resultados obtidos revelam unicamente factos relativos às pessoas que fizeram parte do estudo. (Hulley, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2008, p. 26)

Tendo em conta os autores referidos anteriormente, a amostra do estudo terá sido constituída por 37 adultos dos 18 aos 64 anos de idade, que se encontravam na Igreja

Paroquial de Resende – Paredes de Coura, no dia 2 e 9 de Outubro de 2016 entre as 10 e as 12 horas, disponibilizando-se em colaborar no preenchimento dos questionários e para serem observados relativamente ao peso, altura e da TA.

Esta amostra encontra-se caracterizada nas seguintes categorias: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Profissão, Doenças que os participantes sofrem, Consultas médicas, Consultas Dentárias e Consumo de Medicamentos.

6. Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados do Estudo

Os dados de um estudo podem ser colhidos de diversas formas. Cabe ao investigador decidir o instrumento de medida que melhor convém aos objetivos da investigação e ao tipo de estudo (Fortin, 2009, p. 368).

Desta forma, tendo em consideração a natureza do estudo, foi considerado pertinente utilizar como instrumentos de colheita de dados o questionário e a grelha de avaliação para determinar o peso, altura e a TA.

i. Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados constituído por um conjunto de perguntas que devem ser respondidas por escrito (Marconi & Lakatos, 2007, p. 98).

Atendendo à natureza do problema em estudo e tendo em conta a população alvo optou-se pela aplicação de um questionário (Anexo - 2) como instrumento para colheita de dados, pois este foi considerado o recurso mais pertinente para atingir os objetivos citados anteriormente.

Assim sendo, os questionários foram aplicados através de inquérito aos adultos dos 18 aos 64 anos de idade, que se encontravam na Igreja Paroquial de Resende – Paredes de Coura, no dia 2 e 9 de Outubro de 2016 entre as 10 e as 12 horas.

ii. Grelha de Avaliação das Variáveis Antropométricas e da Tensão Arterial

Foi ainda criado um formulário para a avaliação, por observação direta, dos parâmetros antropométricos (peso e altura) e para a TA (Anexo 3). Esta grelha foi aplicada no mesmo momento que os questionários.

Para avaliação do Peso atual, expresso em Kg e registado até uma casa decimal, utilizou-se uma balança normalizada e calibrável, com garantia de fidelidade (sempre calibrada previamente), com escala padrão, com aproximação a 100g. Para este efeito foram realizados os seguintes procedimentos: o participante tinha que estar de pé no centro da plataforma da balança, sem sapatos e sem meias, com o mínimo de roupa e sem acessórios. O peso devia estar igualmente distribuído em ambos os pés, colocados paralelamente e garantindo que o corpo não estava em contacto com qualquer objeto. As medições foram realizadas antes do almoço (DGS, 2013, pp. 2-3).

Para a avaliação da altura, em cm, segunda a DGS (2013, pp. 1-2) foi utilizado um estadiómetro devidamente colocado na parede e assente numa superfície plana e procedeu-se da seguinte forma:

- Foi pedido aos participantes que retirassem o calçado e qualquer objeto que influenciasse a medição;
- Indicou-se aos participantes que se mantivessem numa posição vertical e imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e com as palmas das mãos voltadas para dentro;
- Que colocassem a cabeça da pessoa no plano horizontal de *Frankfort* (linha imaginária que passa pelo bordo inferior da órbita e pelo bordo superior do meato auditivo externo, conforme esquema da Figura 2 e manter um olhar fixo, em frente;

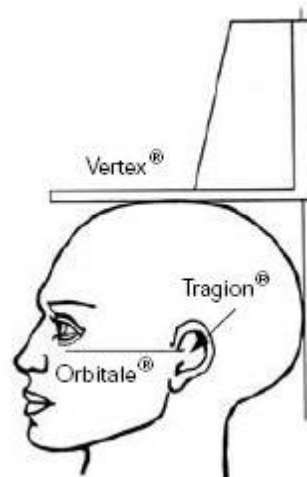


Figura 2 - Plano de *Frankfort*

Fonte: Adaptado da DGS (2013, p. 2). Segundo International Society for the Advancement of Kinanthropometry 2001.

Para a avaliação da TA foi utilizado um aparelho aferido, uma braçadeira adequada, os participantes estavam sentados e for avaliada a TA três vezes e realizada a média.

iii. Pré-Teste

Sempre que possível deve-se realizar um pré teste de forma a avaliar a adequação do questionário a utilizar (Hill & Hill, 2014, p. 166).

Segundo Fortin (2009, p. 386) o pré-teste deve ser testado junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é imprescindível porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções necessárias.

Neste sentido, aplicou-se o pré-teste antes de se proceder à recolha de dados, de forma a avaliar o instrumento de recolha de dados e compreender se este se enquadrava com o objeto de estudo que o investigador planeou desenvolver.

Desta forma, a 25 de setembro de 2016 foi aplicado o pré-teste a 5 Adultos Residentes em Resende, que apresentavam as mesmas características da amostra estudada, não sendo estes, posteriormente incluídos na fase de colheita de dados.

Após a aplicação do pré-teste o investigador compreendeu que nenhuma das perguntas se mostrava constrangedora para os participantes, também não foram manifestadas dúvidas em relação às questões do questionário, sendo bem interpretadas e compreendidas pelos participantes do pré teste. Desta forma não houve a necessidade de fazer alterações no questionário, pelo que se procedeu à recolha de dados para o estudo.

IV. Fase Empírica

Após a aplicação dos questionários, mostrou-se necessário organizar e tratar os dados recolhidos de forma a tornar possível a sua análise para averiguar se os objetivos propostos foram atingidos. Uma vez colhidos os dados é necessário organiza-los tendo em vista a sua análise e interpretação (Fortin, 2009). Assim sendo, foram transcritos os dados recolhidos através dos questionários e efetuado o respetivo tratamento estatístico facilitador de uma posterior apresentação tornando mais clara e objetiva a sua visualização, análise e discussão de resultados.

1.1. Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados

Chegada esta fase, o investigador deve ter bem presente os objetivos enunciados na fase concetual de forma a verificar se de facto se conseguiram ou não atingir.

Para concretizar os objetivos surge a necessidade de tratar os dados de forma a proceder à análise e discussão dos resultados. Desta forma, com a utilização do programa informático, Microsoft Excel, os dados foram tratados através de procedimentos referentes à estatística descritiva, entre eles foram usadas as frequências absolutas, relativas e em variáveis que se consideraram adequadas, tratando-se também a média e a moda. A média foi utilizada em variáveis como a idade, altura, peso e IMC, sendo que a moda foi utilizada em todas as variáveis estudadas.

Segundo (Fortin, 2009, p. 411) a parte descritiva de um estudo tem como objetivo destacar e organizar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra de forma a proporcionar uma melhor compreensão dos mesmos, tanto por parte do investigador como por parte do leitor.

Os resultados são apresentados através de gráficos, com o objetivo de criar uma apresentação simples e objetiva, promovendo uma análise organizada. A apresentação e análise dos resultados seguem a estrutura dos instrumentos de recolha de dados, sendo o primeiro um questionário (para colheita de dados sobre as variáveis que caracterizam o

grupo em estudo) e o segundo uma grelha de observação que facilitou a avaliação do peso, altura (para apreciação do IMC) e da TA.

Dado termo à apresentação e análise dos dados foi realizada a discussão dos mesmos, onde se procedeu à comparação dos resultados do estudo com outros estudos de investigação recentes, de modo a chegar às conclusões dos resultados.

Segundo (Fortin, 2009, p. 495) apresentar simplesmente os resultados não se mostra suficiente, pelo que ainda é preciso apreciá-los e interpretá-los. Cabe ao investigador examinar os principais resultados da investigação e ligá-los ao problema e às questões confrontado os resultados obtidos com os resultados de outros trabalhos de investigação. O investigador deve por fim justificar a sua interpretação dos resultados, bem como as conclusões que levaram as comparações estabelecidas com outros estudos científicos.

1.1.1. Variáveis Sociodemográficas

Neste estudo optou-se por estudar um grupo de participantes que constituem a amostra do estudo e que se caracteriza nas seguintes categorias: Idade, Género, Estado Civil, Escolaridade, Profissão, Doenças que os participantes sofrem, Consultas médicas, Consultas Dentárias, Consumo de Medicamentos.

Gráfico 1: Distribuição dos dados relativamente à idade da amostra



De acordo com os dados acima apresentados, pode-se assegurar que o intervalo mínimo de idade foi dos (≥20-≤25) anos e o intervalo máximo foi dos (≥61-≤65) anos.

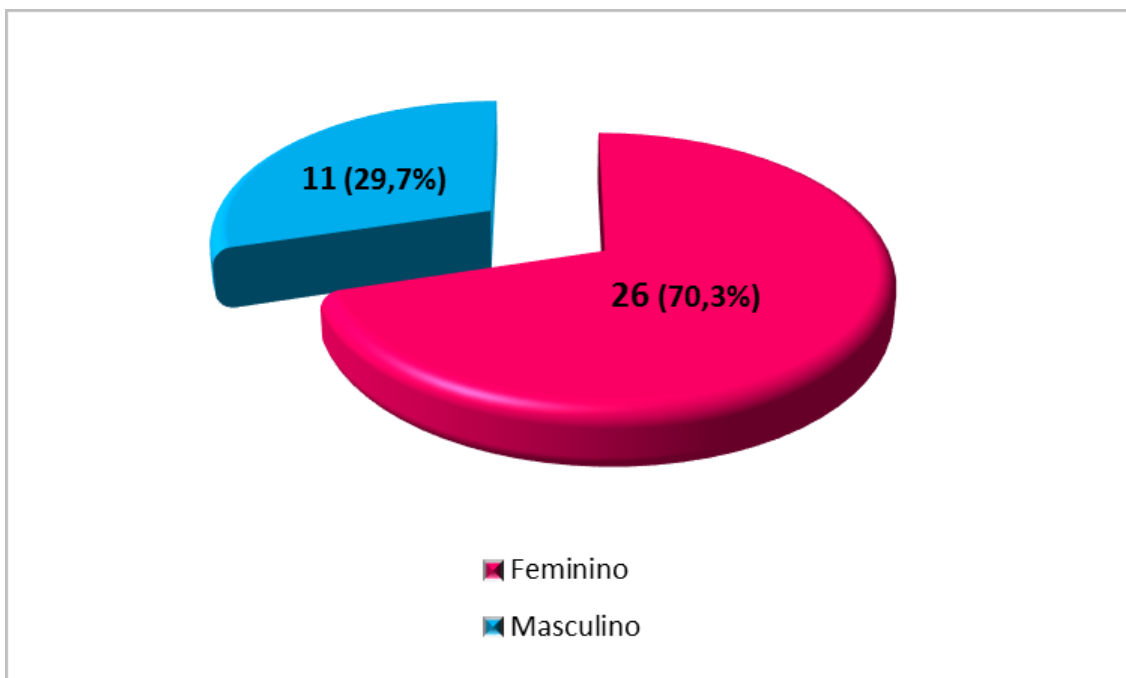
Assim sendo, no que diz respeito ao género feminino, compreendeu-se que a maioria, 5 (13,5%), admitiram terem idades compreendidas entre (≥31-≤35) anos, sendo que foram referidas idades por 4 (10,8%) participantes em cada intervalo: (≥41-≤45), (≥46-≤50) e (≥51-≤55); 3 (8,1%) alegaram idades compreendidas entre (≥56-≤60); 2 (5,4%) disseram ter idades entre os seguintes intervalos cada um: (≥20-≤25) e (≥61-≤65). Em menor quantidade, 1 (2,7%) mencionou idades entre os seguintes intervalos cada um: (≥26-≤30) e (≥36-≤40).

Em relação aos homens, 3 (8,1%) declararam idades compreendidas entre (≥61-≤65), posteriormente, 2 (5,4%) exprimiram idades entre os seguintes intervalos: (≥31-≤35), (≥36-≤40) e (≥51-≤55). Em menor quantidade 1 (2,7%) manifestaram ter idades dentro dos intervalos a seguir mencionados cada um: (≥26-≤30) e (≥46-≤50).

Em Portugal a idade média da população residente aumentou, na última década, cerca de 3 anos, tendo-se fixado nos 41,8 anos. A idade média das mulheres (43,2 anos) é superior à dos homens (40,3 anos), segundo o INE (2011).

A média das idades no presente estudo, foi nas mulheres de aproximadamente 44 anos, sendo o desvio padrão de 11,7, com o mínimo de 21 e máximo de 64 anos. A média de idades dos homens foi de 47 aproximadamente, sendo o desvio padrão de 11,9, com o mínimo de 28 e máximo de 62 anos. Em comparação aos dados do INE compreende-se que não houve uma diferença significativa na média de idades das mulheres, no entanto o mesmo não se verificou nos homens.

Gráfico 2: Distribuição dos dados relativamente ao género da amostra



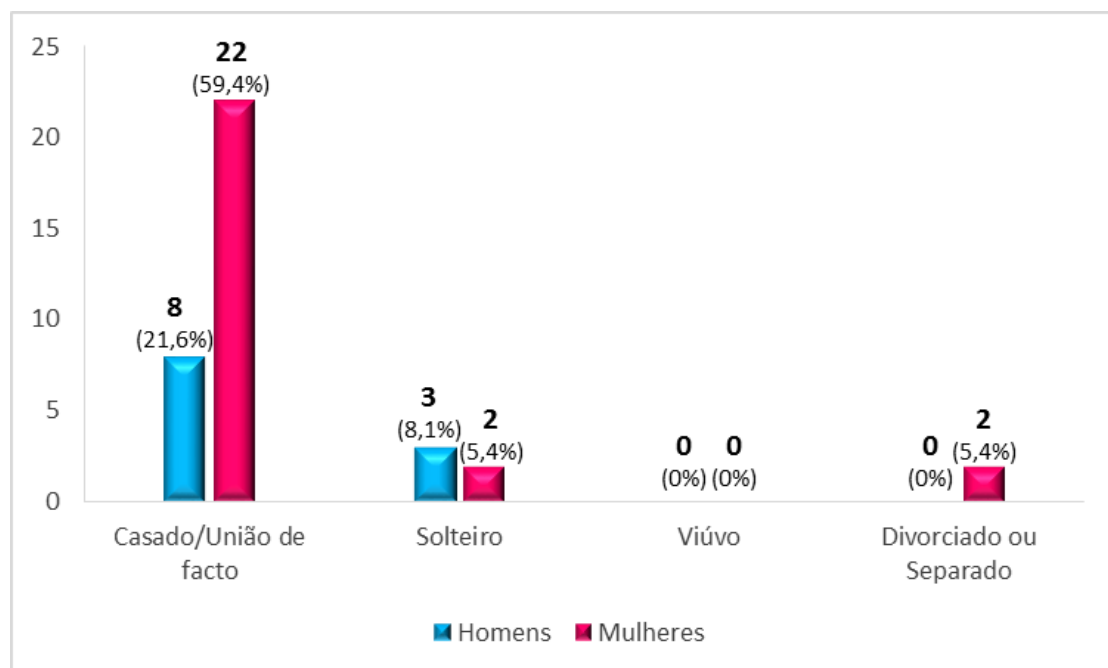
Segundo os dados, apresentados no Gráfico 2, apurou-se que o género feminino preencheu maioritariamente a amostra, sendo que 26 (70,3%) participantes representaram o género feminino e 11 (29,7%) participantes representaram o género masculino.

Segundo os dados do INE em 2015 residiam em Portugal 5445,6 mulheres e 4912,6 homens (INE, 2015).

Tendo em conta os dados fornecidos pelo INE compreendeu-se que em 2015 a população residente em Paredes de Coura era de 8866, sendo que 4207 correspondeu ao número de homens e 4657 ao número de mulheres (INE, 2015).

Tendo em conta os dados acima referidos, concluiu-se que os resultados do presente estudo se encontraram de acordo com os dados do INE, visto terem participado no estudo um maior número mulheres do que de homens.

Gráfico 3: Distribuição dos dados relativamente ao estado civil da amostra



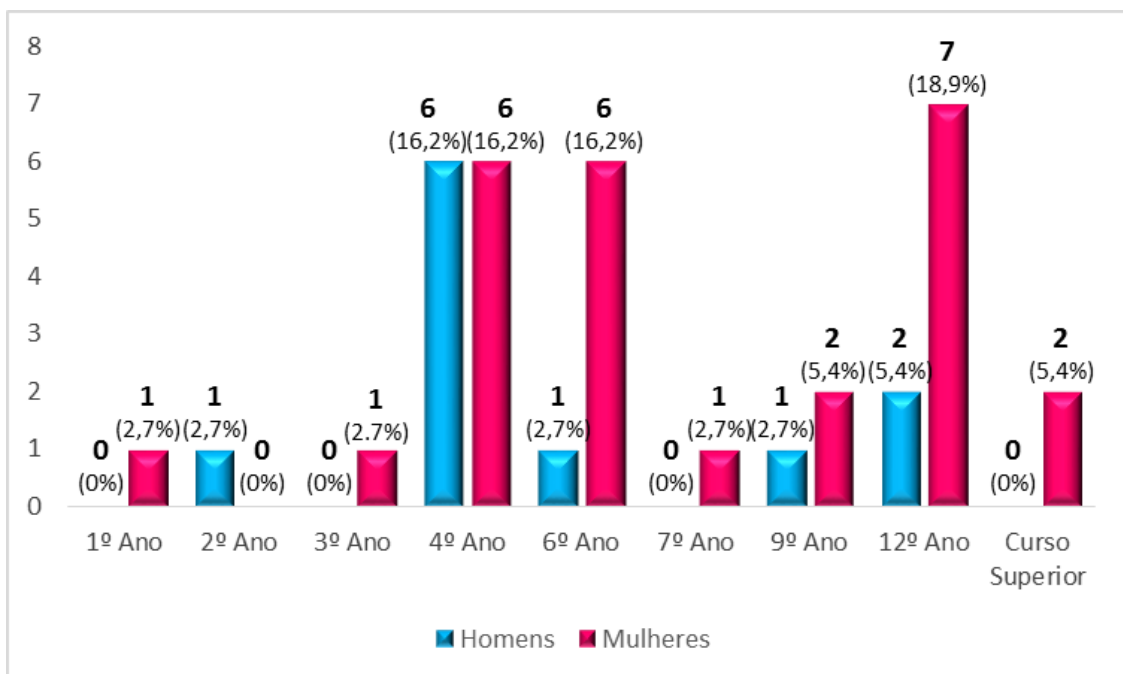
Atendendo aos resultados acima apresentados, afirmou-se que a maioria das mulheres, 22 (59,4%) era casada ou vivia em união de facto, seguidamente 2 (5,4%) responderam cada pertencer ao grupo de solteiros e divorciados ou separados.

Em relação aos homens, 8 (21,6%) admitiram serem casados ou viverem em união de facto, sendo que os restantes 3 (8,1%) relataram estarem solteiros.

“De acordo com os Censos 2011, cerca de 47% da população é casada. Segue-se o grupo dos solteiros, com 40% e finalmente os viúvos e os divorciados com muito menor expressão, respetivamente 7% e 6%” (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal, 2011).

Tendo em conta os Censos de 2011 compreendeu-se que no atual estudo a população de Resende também segue a linha da população geral Portuguesa, sendo que existiram maior número de participantes casados, seguidos dos solteiros, sendo que os participantes viúvos e divorciados se encontraram em menor número.

Gráfico 4: Distribuição dos dados relativamente ao nível de escolaridade da amostra



De acordo com os dados acima representados, 7 (18,9%) mulheres disseram terem frequentado a escola até ao 12ºano, seguidamente, 6 (16,2%) responderam terem andado

na escola, por grupo, até ao 4ºano e ao 6ºano. 2 (5,4%) afirmaram cada uma ter completado o 9 ano e terem curso superior. 1 (2,7%) disse ter feito cada uma: o 1ºano, 3ºano e o 7ºano.

Relativamente aos homens, a maioria 6 (16,2%) fizeram o 4ºano, 2 (5,4%) concluíram o 12ºano e 1 (2,7%) admitiram terem feito cada um: 2ºano, 6ºano e 9ºano.

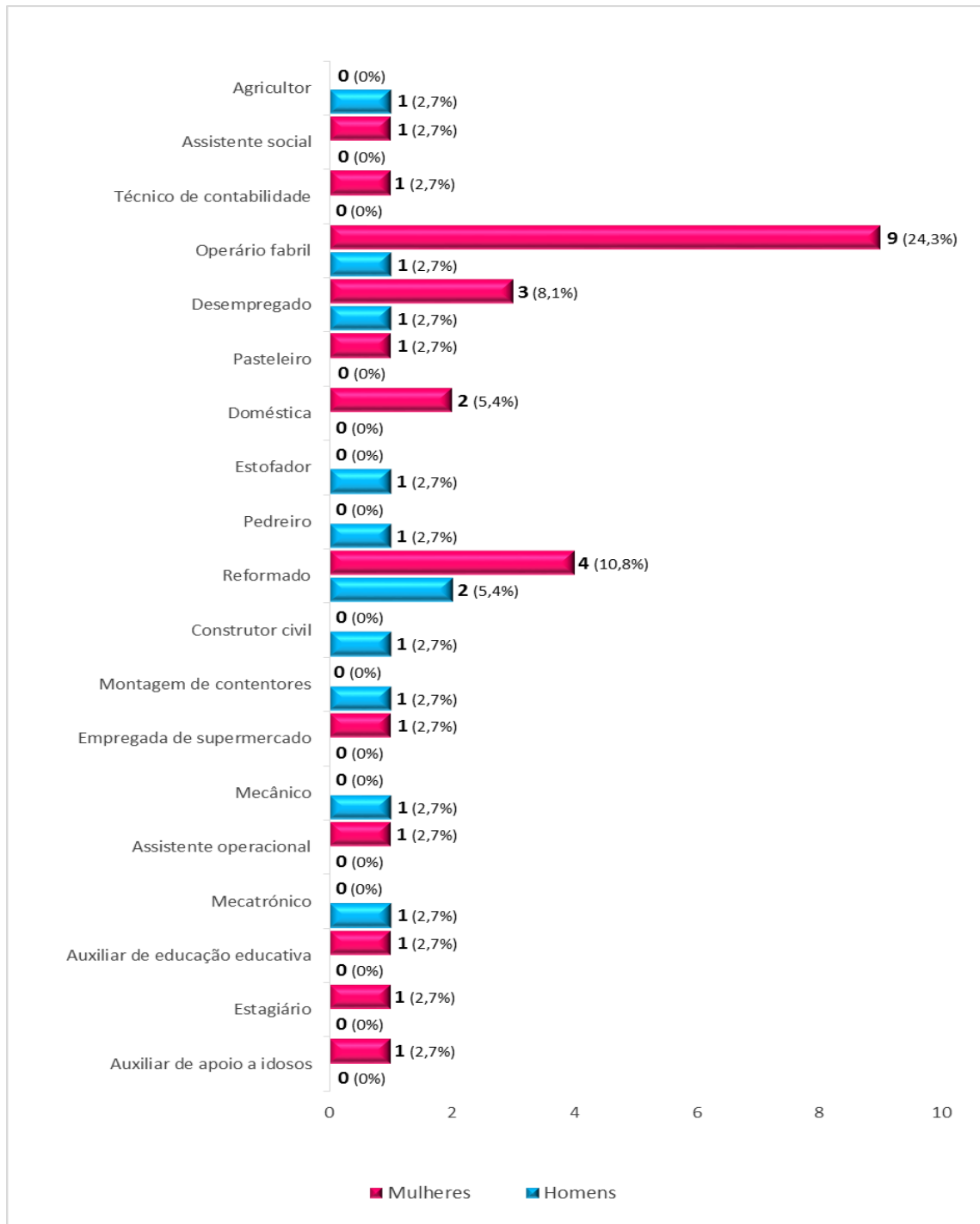
“Na última década manteve-se a tendência de redução da taxa de analfabetismo. Em 2011, Portugal apresenta uma taxa de 5,2% (499 936 indivíduos) (...)” (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal, 2011, p. 38).

Tendo em conta os dados descritos no Censos 2011 compreendeu-se que Resende segue a tendência nacional relativamente há diminuição de analfabetismo, isto tendo em consideração que nos 37 participantes nenhum era analfabeto e todos frequentaram a escola.

“De acordo com os resultados do Censos 2011, no total da população residente em Portugal há cerca de 12% (1 244 742 indivíduos) com curso superior” (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal, 2011, p. 47).

Tal como no apuramento do Censos 2011, em Resende existia apenas um pequeno número de participantes que obteve um curso superior – 2 (5,4%).

Gráfico 5: Distribuição dos dados relativamente à profissão da amostra



No que diz respeito à profissão, constatou-se através dos dados acima representados que 9 (24,3%) mulheres disseram serem operárias fabris, seguidamente 4 (10,8%) admitiram estarem reformadas, 3 (8,1%) afirmaram estarem desempregadas e 2 (5,4%)

confirmaram serem domésticas, sendo que as seguintes profissões foram referidas por 1 (2,7%) participante em cada uma: assistente social, técnica de contabilidade, pasteleira, empregada de supermercado, assistente operacional, auxiliar de educação educativa, estagiária e auxiliar de apoio a idosos.

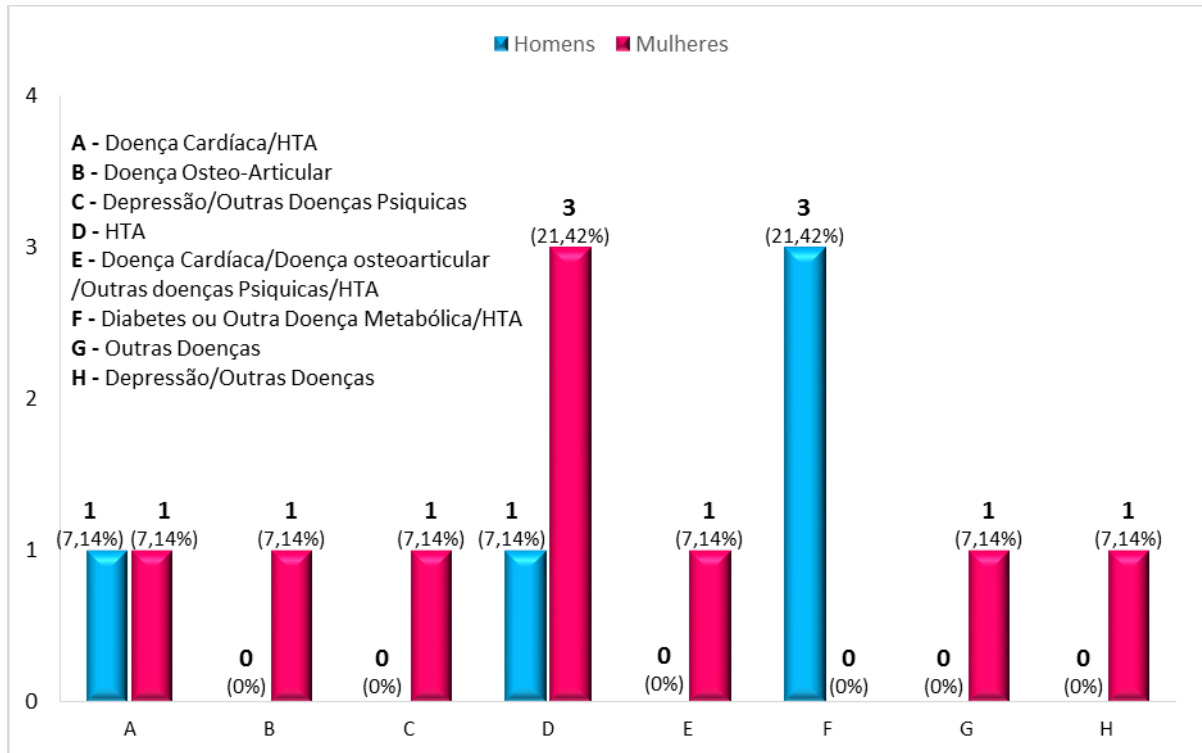
Relativamente aos homens, 2 (5,4%) referiram ser reformados, enquanto as seguintes profissões foram indicadas por 1 (2,7%) homem em cada uma: agricultor, operário fabril, desempregado, estofador, pedreiro, construtor civil, montagem de contentores, mecânico e mecatrónico.

“O número de desempregados em sentido restrito apurado pelo Censos 2011 é de 662 180 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de desemprego de 13,2%” (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal, 2011, p. 51).

Tendo em conta a informação que consta no Censos 2011, compreendeu-se que existia um número considerável de desempregados. O mesmo aconteceu em Resende, em que dos 37 inquiridos 4 afirmaram estar desempregados.

Ainda de acordo com o (Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal, 2011, p. 55) a atividade económica predominante no Minho-Lima era a construção, o que não se verificou na amostra estudada, visto que a moda é serem operários fabris.

Gráfico 6: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de doenças referidos pela amostra



Atendendo à manifestação de doenças pelos participantes, verificou-se que 23 (62,2%) não manifestava doenças, enquanto que 14 (37,8%) disseram serem portadores de doenças.

O gráfico acima apresenta o tratamento dos dados das pessoas que referem ter doenças, que correspondem a 14 (37,8%), sendo que as percentagens serão relativas a este número. Nos valores percentuais foram feitos arredondamentos às centésimas de forma a não serem cometidos erros devido ao condicionamento da amostra pequena.

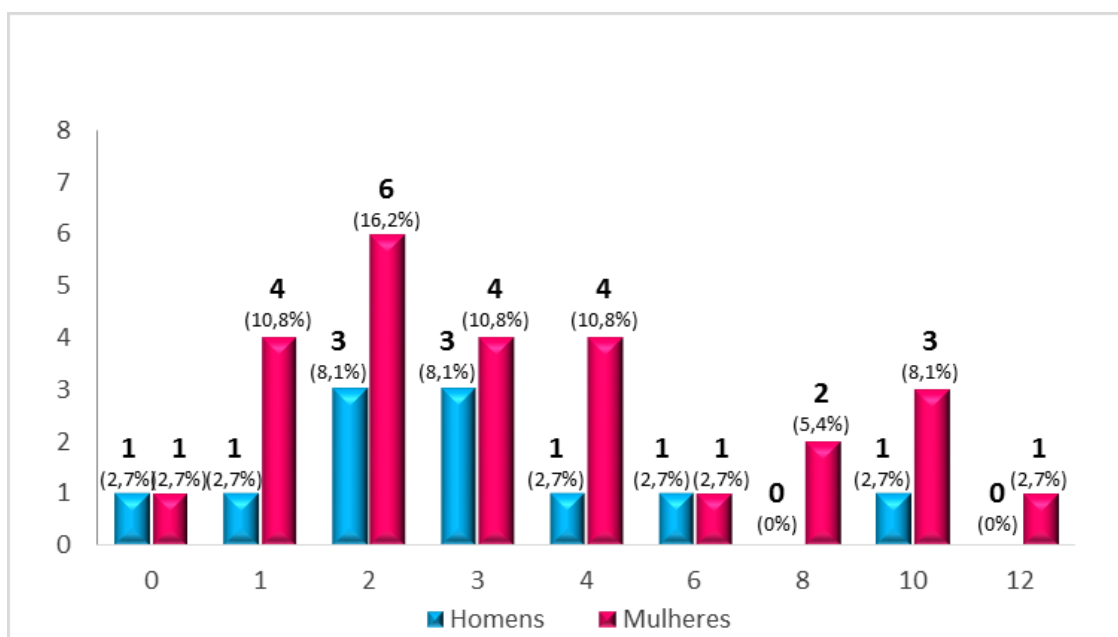
Desta forma, atendendo ao gráfico apresentado, compreendeu-se que 3 (21,42%) mulheres disseram sofrerem de HTA, sendo que 1 (7,14%) admitiram sofrerem das seguintes doenças cada uma: Doença Cardíaca e HTA; Doença Osteoarticular; Depressão e Outras Doenças Psíquicas; Doença Cardíaca, Doença Osteoarticular, Outras Doenças Psíquicas e HTA; Outras Doenças; e Depressão e Outras Doenças.

Relativamente ao homens, 3 (21,42%) afirmaram sofrer de Diabetes ou Outra Doença Metabólica e HTA, sendo que 1 (7,14%) referiram sofrer das seguintes doenças cada um: Doença Cardíaca e HTA; e HTA.

No presente estudo compreendeu-se que a moda nas mulheres foi ter HTA, sendo que nos homens foi ter Diabetes ou outra Doença Metabólica mais HTA.

Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo que a HTA contribui para cerca de metade de todas as mortes por acidente vascular cerebral e problemas cardíacos a nível mundial (OMS, 2016).

Gráfico 7: Distribuição dos dados relativamente ao número de consultas médicas anuais da amostra

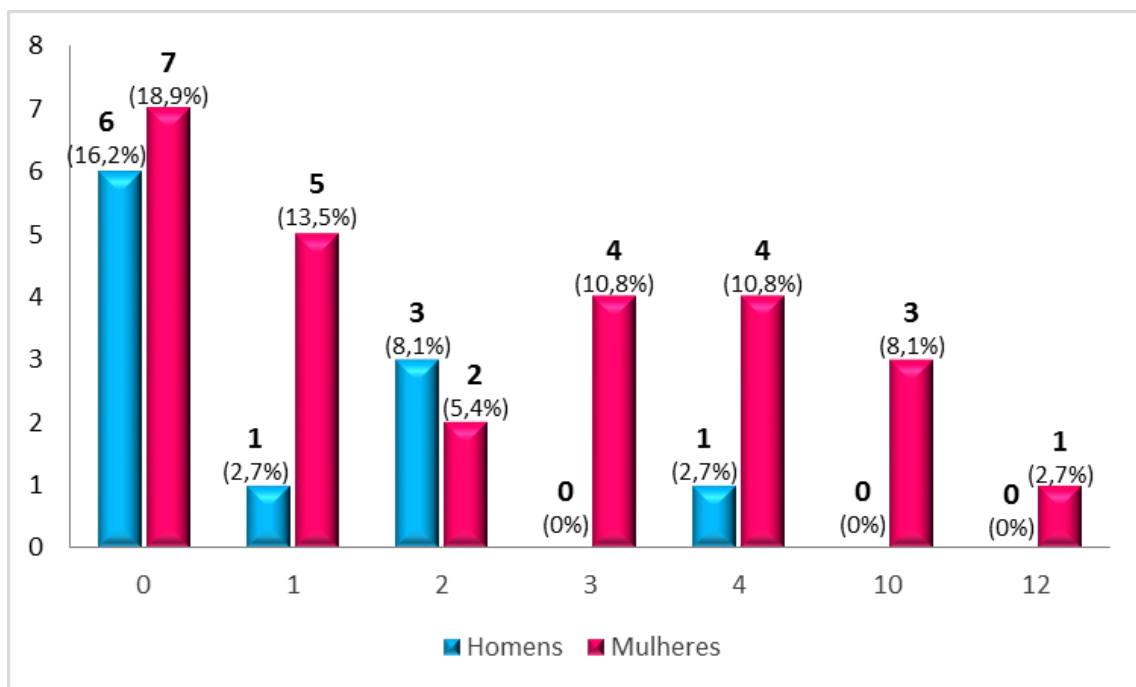


De acordo com os dados acima apresentados compreendeu-se que a maioria das mulheres, 6 (16,2%) referiram ter ido a duas consultas, seguidamente 4 (10,8%) afirmaram terem ido cada grupo a uma, três e quatro consultas. 3 (8,1%) disseram terem consultado o médico 10 vezes, enquanto que 1 (2,7%) mulher confirmou cada uma terem ido a zero, seis e 12 consultas.

No que diz respeito aos homens, 3 (8,1%) relataram terem ido cada grupo a duas e três consultas, seguidamente 1 (2,%) homem proferiu ter ido ao seguinte número de consultas cada um: zero, uma, quatro, seis e dez.

Segundo dados revelados pelo INE no ano de 2015, em Paredes de Coura decorreram 2,8 consultas por habitante. No presente estudo constatou-se que a maioria da amostra consultou 2 vezes o médico durante o último ano, pelo que se conclui que a maioria da amostra estudada consulta menos vezes o médico do que a média estimada (INE, 2015).

Gráfico 8: Distribuição dos dados relativamente ao número de consultas dentárias anuais da amostra



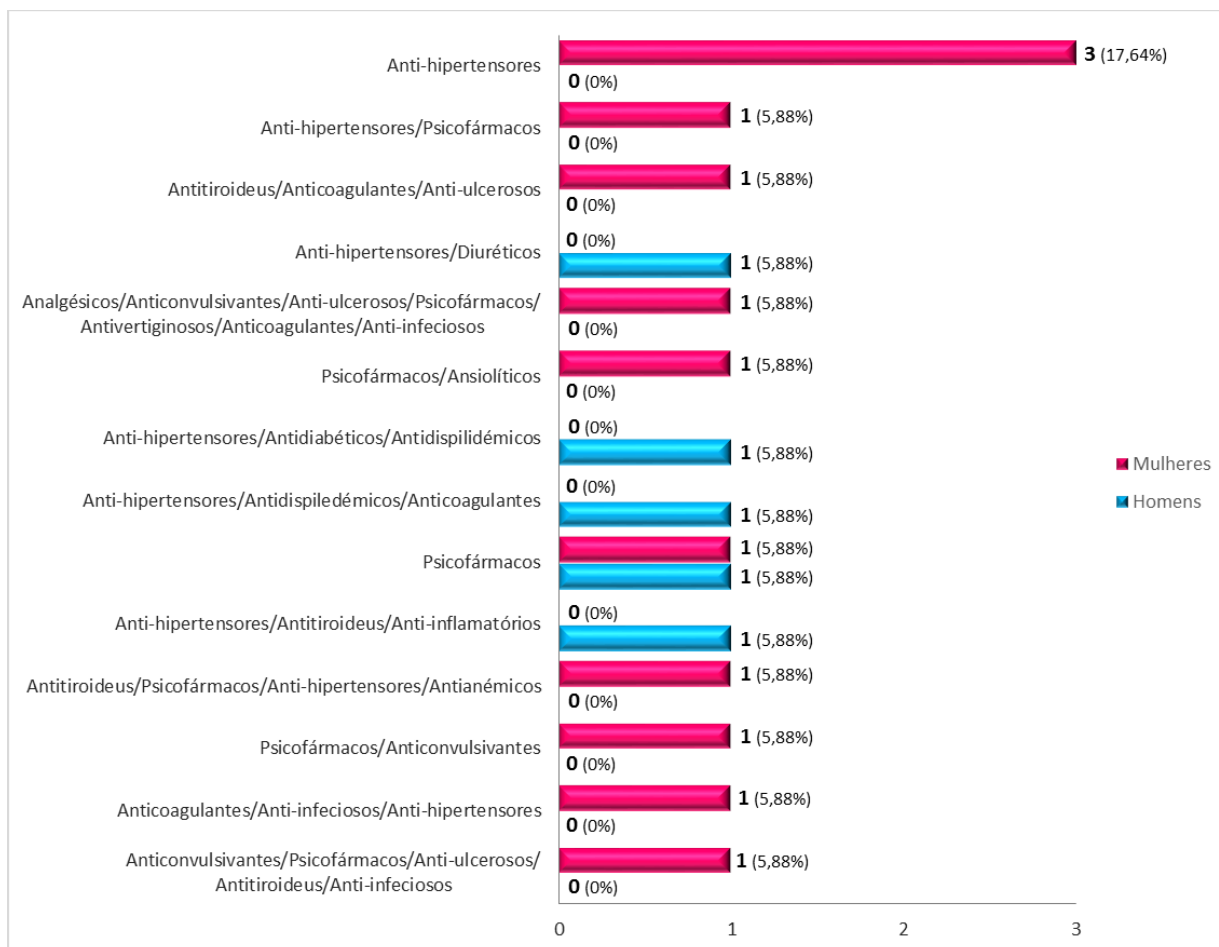
Segundo os dados apresentados no Gráfico 8, averiguou-se que 7 (18,9%) mulheres afirmaram terem ido a zero consultas, 5 (13,5%) referiram terem ido a uma consulta, seguidamente 4 (10,8%) proferiram cada grupo terem ido a três e quatro consultas, 3 (8,1%) afirmaram terem ido a dez consultas, 2 (5,4%) disseram terem ido a duas consultas e 1 (2,7%) relatou ter ido a doze consultas.

Relativamente aos homens, 6 (16,2%) afirmaram terem ido a zero consultas, 3 (8,1%) só relataram terem ido a duas consultas e por fim, 1 (2,7%) proferiu ter consultado o dentista uma vez no último ano.

A Portaria nº 301 de 2009 regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados. O desenvolvimento desta estratégia de intervenção está orientada para a prestação de cuidados de saúde oral a crianças e jovens, baseando-se em procedimentos simplificados de forma a satisfazer as necessidades de saúde que influenciem os níveis de bem-estar e qualidade de vida da população beneficiária, ao longo do ciclo de vida (Diário da República, 2009). Esta estratégia dirigida para crianças e jovens tem já a vocação de planear a saúde oral dos adultos a curto, médio e longo prazo. Considera-se importante a dinamização de uma cultura de higiene oral de forma a prevenir a degradação oral (Pontes, 2015, p. 123).

Tanto nos homens como mulheres a moda de consultas no dentista, como se pode ver no gráfico, é de 1 consulta por ano, sendo que também se pode compreender que as mulheres tendem a consultar mais vezes o dentista do que os homens.

Gráfico 9: Distribuição dos dados relativamente ao tipo de medicação que a amostra refere usar



No que diz respeito ao uso de medicação, constatou-se que 20 (54,1%) participantes afirmaram não fazer medicação diariamente, enquanto 17 (45,9%) participantes disseram fazer medicação diariamente.

O gráfico acima apresenta o tratamento dos dados das pessoas que referem ter doenças, que correspondem a 17 (45,9%), sendo que as percentagens serão relativas a este número. Nos valores percentuais foram feitos arredondamentos às centésimas, de forma a não serem cometidos erros grandes devido à condicionante da amostra ser pequena.

Relativamente às mulheres, 3 (17,64%) relataram fazerem tomas diárias de Anti-hipertensores, sendo que 1 (5,88%) admitiu fazer as seguintes medicações cada uma:

anti-hipertensores e psicofármacos; antitiroídeos, anticoagulantes e anti-ulcerosos; analgésicos, antiepiléticos, anti-ulcerosos, psicofármacos, antivertiginosos, anticoagulantes e anti-infecciosos; psicofármacos e ansiolíticos; psicofármacos; antitiroídeos, psicofármacos, anti-hipertensores, antianêmicos; psicofármacos e anticonvulsivantes; anticoagulantes, anti-infecciosos e anti-hipertensores; e anticonvulsivantes, psicofármacos, anti-ulcerosos, antitiroídeos e anti-infecciosos.

No que diz respeito à toma de medicação pelos homens, 1 (2,7%) afirmou fazer as seguintes medicações, cada um: anti-hipertensores e diuréticos; anti-hipertensores, antidiabéticos e antidislipidêmicos; anti-hipertensores, antidislipidêmicos e anticoagulantes; psicofármacos; anti-hipertensores, antitiroídeos e anti-inflamatórios.

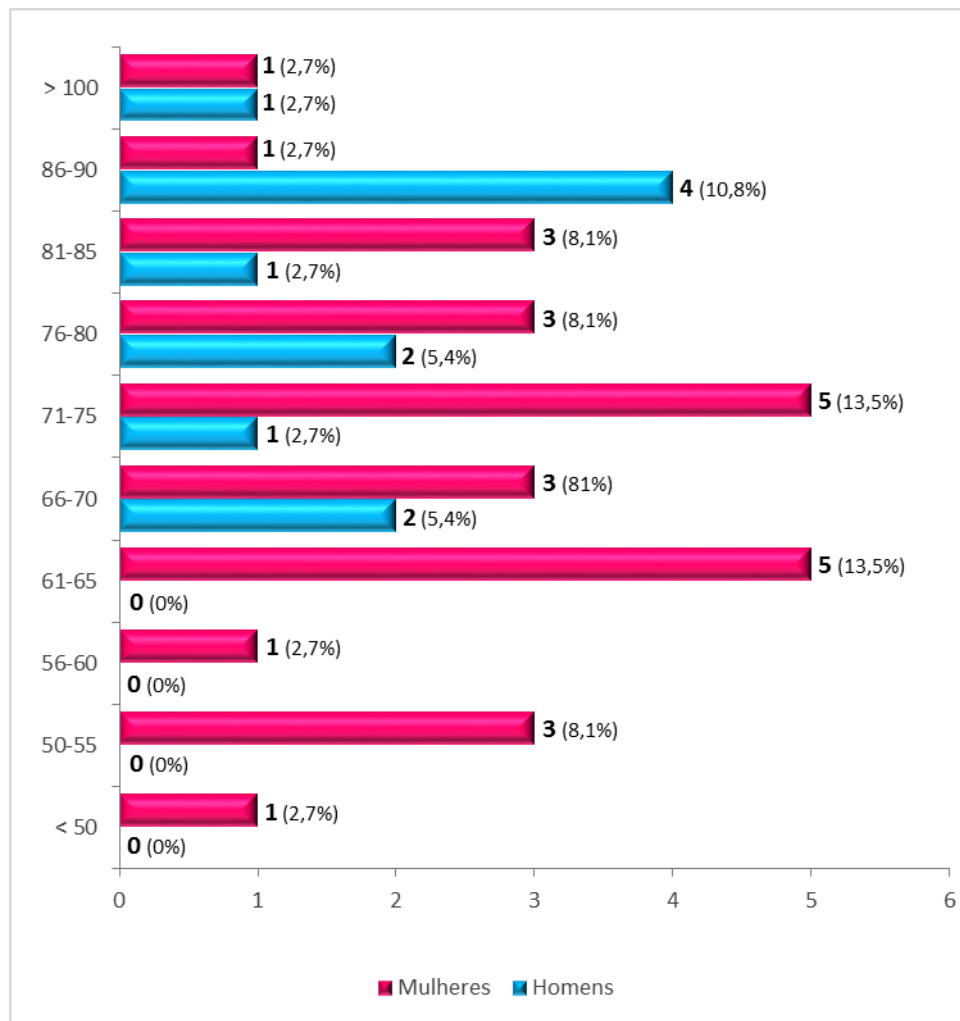
A terapêutica medicamentosa ocorre pela administração de fármacos para o tratamento de doenças e dos seus sintomas, sendo que, a farmacoterapia continua a ter maior destaque dentro das medidas promotoras de saúde e qualidade de vida para a população (...) (Schmitz & Fajardo, 2016, pp. 165-166).

Segundo os autores acima mencionados compreendeu-se que a medicação atualmente é utilizada pela população para o tratamento de doenças e da sintomatologia causada pelas mesmas. Desta forma deduziu-se que a amostra estudada seguia a linha da restante população, auxiliando-se da farmacoterapia no tratamento das suas doenças e da sintomatologia causada por estas. Neste estudo compreendeu-se analisando o gráfico que a moda é a toma de anti-hipertensores.

1.1.2. Variáveis em Estudo

Considerando que o problema de investigação é compreender a relação entre a variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende, considerou-se oportuno definir como variáveis em estudo o IMC (operacionalizado através da relação entre o peso e a altura) e a Tensão Arterial (operacionalizada através da média de três avaliações consecutivas).

Gráfico 10: Distribuição dos dados relativamente ao peso da amostra

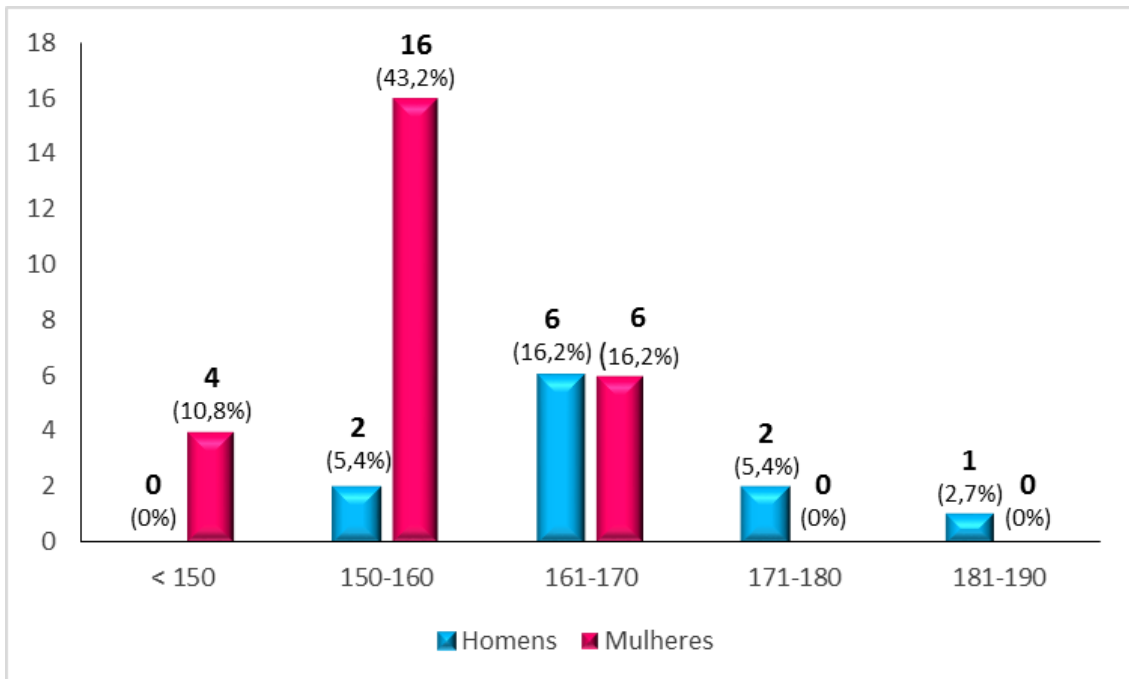


Segundo os dados acima apresentados, apurou-se que 5 (19,2%) participantes do género feminino pesavam cada grupo entre os 61-65kg e entre 71-75kg. Seguidamente, 3 (8,1%) apresentavam pesos, cada grupo entre 81-85kg, 76-80kg, 66-70kg e entre os 50-55kg. Apenas 1 (2,7%) pessoa mostrou-se cada uma ter pesos: > 100kg, 86-90kg, 56-60kg e <50.

Analisando os homens, compreendeu-se que 4 (10,8%) possuíam pesos entre 86-90kg, 2 (5,4%) entre 66-70kg e por fim 1 (2,7%) exibiu cada um pesos: >100kg, 81-85 e entre 71-75kg.

A média de peso dos homens da amostra estudada é de 82,2kg com desvio padrão de 10,8, peso mínimo de 67kg e máximo de 106kg, sendo o valor mínimo e nas mulheres é de 70,3kg com desvio padrão de 12,2, sendo o mínimo 46,5kg e o máximo 104kg.

Gráfico 11: Distribuição dos dados relativamente à altura da amostra



Segundo o gráfico acima apresentado, assimilou-se que 16 (43,2%) mulheres mediam entre 150-160 cm, seguidamente 6 (16,2%) mediam entre 161-170 cm, sendo que 4 (10,8%) mulheres mediam menos de 150 cm.

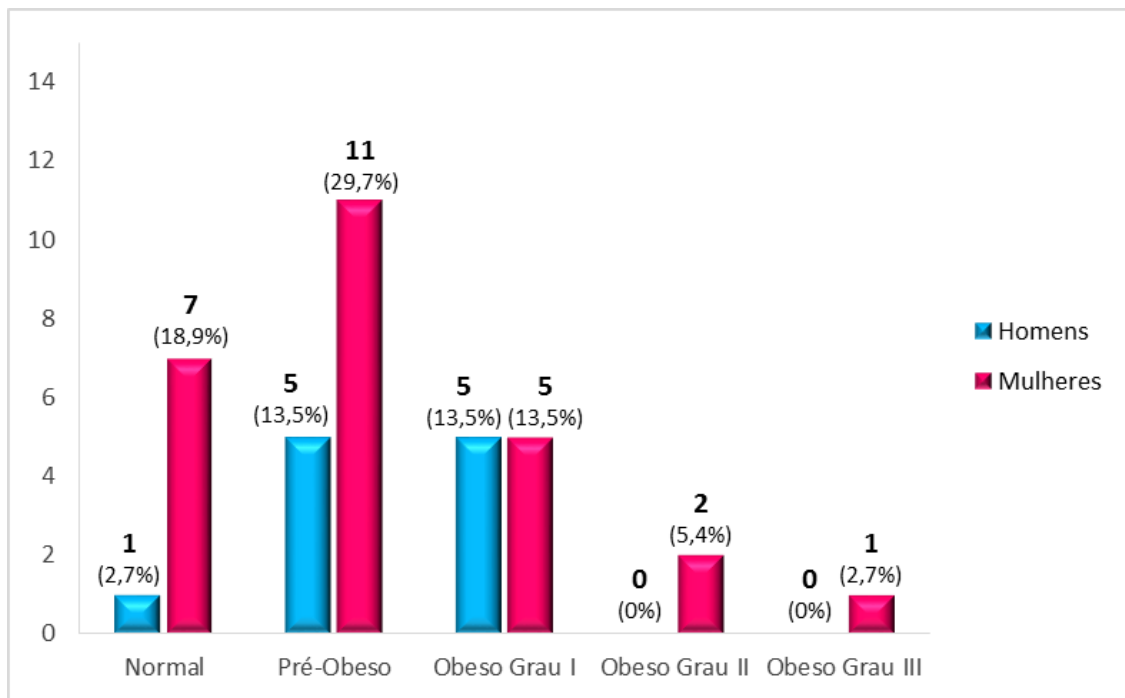
Analisando as alturas dos homens, constatou-se que 6 (16,2%) mediam entre 161-170 cm, 2 (5,4%) apresentaram cada um alturas entre: 150-160 e 171-180 cm. Por fim, 1 (2,7%) mostrou-se com uma altura entre 181-190 cm.

Verificou-se através da análise do gráfico que a moda das alturas nas mulheres situou-se entre 150-160 cm e nos homens enquadrou-se entre 161-170 cm. A média de altura dos homens da amostra estudada foi de 167,3 com um desvio padrão de 6,9, altura mínima de 153 cm e máxima de 185 cm, sendo que nas mulheres a média foi de 156,7 cm e um desvio padrão de 6,5, com altura mínima de 145 cm e máxima de 169 cm.

Em 2014 os homens portugueses tinham em média 172,9 cm. No presente estudo a média foi mais baixa – 167,3 cm. As mulheres no presente estudo também apresentam

uma média inferior à média nacional – 163 cm e no estudo, uma média de altura de 156,7 cm (Oliveira, 2016).

Gráfico 12: Distribuição dos dados relativamente ao IMC da amostra



Analisando o gráfico apresentado, pode afirmar-se que 7 (18,9%) apresentavam IMC normal, 11 (29,7%) mulheres se mostraram pré-obesas, 5 (13,5%) obesas em grau I, 2 (5,4%) obesas em grau II e 1 (2,7%) obesas em grau III.

Relativamente aos homens, 1 (2,7%) mostrou-se com IMC normal e 5 (13,5%) apresentavam-se cada grupo como: pré-obesos e obesos em grau I.

Segundo a (Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2009, p. 6), o IMC médio da região norte é nos homens de 26,4 e nas mulheres de 23,7.

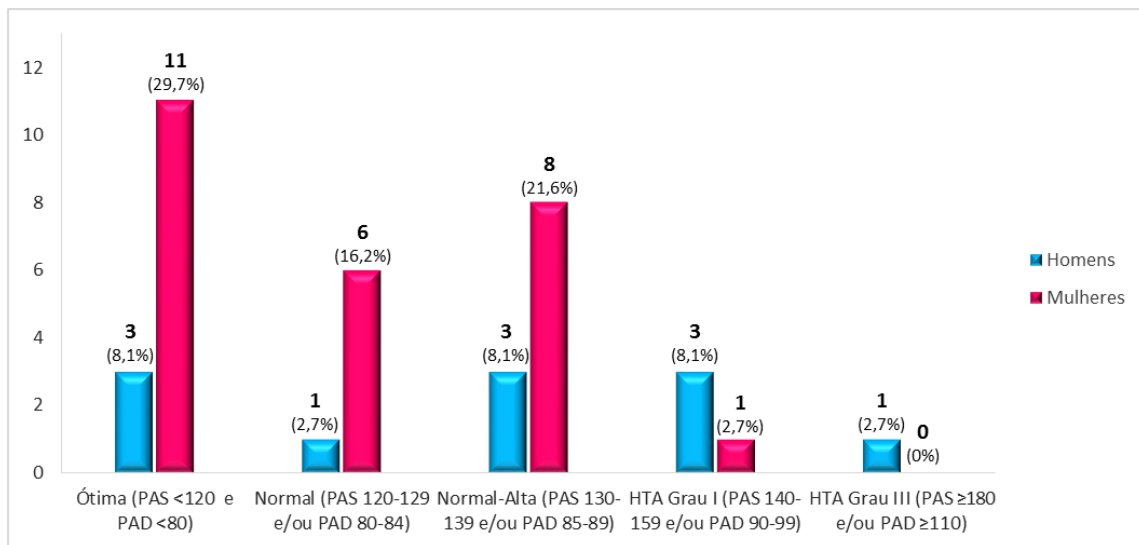
No presente estudo, apurou-se que a maioria das mulheres apresentou-se inserida na categoria de Pré-Obesa não indo de acordo com o valor de IMC médio calculado em 2009 pela Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação (SPCNA).

Relativamente aos homens o número dividiu-se estando em igual número na categoria de Pré-Obesos e Obesos Grau I, sendo que os Pré-Obesos seguiram a linha dos valores calculados em 2009.

Relativamente à média de IMC das mulheres da amostra é de 28,6 com um desvio padrão de 3,1 (IMC mínimo de 19,1 e máximo de 40,5), ou seja, superior à calculada pela SPCNA. A média de IMC dos homens no presente estudo foi de 29,4 com um desvio padrão de 5,6 (IMC mínimo de 23,7 e máximo de 34,4), também superior à média calculada pela SPCNA.

Compreende-se ainda que a moda nas mulheres é 11 (ser pré-obesa), sendo que 19 mulheres apresentavam excesso de peso: 11 pré-obesas, 5 obesas em grau I, 2 obesas em grau II e 1 obesa em grau III. Apenas 7 mulheres apresentavam valores de IMC normais. No grupo dos homens, apenas 1 apresentava IMC normal, sendo que 10 apresentavam excesso de peso: 5 pré-obesos e 5 obesos em grau I.

Gráfico 13: Distribuição dos dados relativamente aos valores da TA da amostra



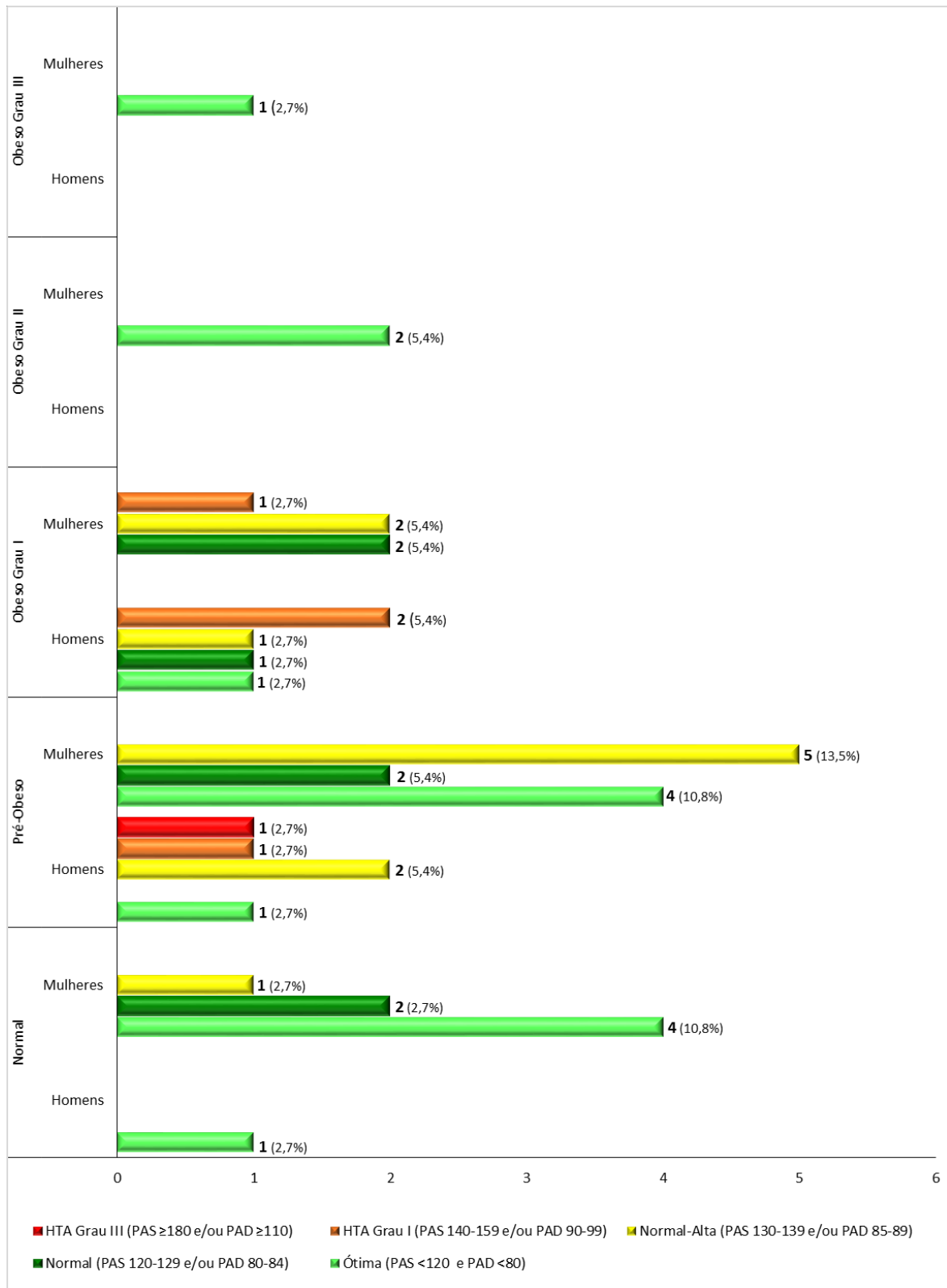
De acordo com o gráfico representado pode-se constatar que 11 (29,7%) mulheres apresentavam TA ótima, 6 (16,2%) TA normal, 8 (21,6%) TA normal-alta e 1 (2,7%) HTA Grau I.

No que diz respeito aos homens, 3 (8,1%) apresentavam cada grupo valores de: TA ótima, TA normal-alta e HTA grau I. 1 (2,7%) apresentou cada um TA normal e HTA grau III.

“Recentemente, o estudo PHYSA (Portuguese Hypertension and Salt Study) revelou que a HTA em Portugal tem uma prevalência na população adulta de 42,2% (44,4% nos homens, 40,2% nas mulheres)” (Santos & Pereira, 2014, p. 13).

Atendendo ao estudo de Santos e Pereira, não se verificou na amostra estudada um número tão elevado de casos de HTA. No entanto compreendeu-se que tal como no presente estudo houve maior incidência de HTA nos homens do que nas mulheres.

Gráfico 14: A relação entre a Variação da Tensão Arterial e a Obesidade nos Adultos de Resende



No que diz respeito ao gráfico acima apresentado, -se que nas mulheres com peso normal 4 (10,8%) apresentaram TA ótima, 2 (2,7%) apresentaram TA normal e 1 (2,7%) TA normal-alta. Nas mulheres pré-obesas, 5 (13,5%) apresentaram TA normal-alta, 4 (10,8%) mostraram-se com valores de TA ótima e 2 (5,4%) TA normal. No grupo das mulheres obesas grau I 2 (5,4%) apresentaram cada grupo: TA normal e TA normal-alta, 1 (2,7%) apresentou HTA grau I. Por fim, tanto as mulheres obesas grau II e obesas grau III, 2 (5,4%) e 1 (2,7%) respectivamente apresentavam TA ótima.

Quanto ao grupo dos homens com peso normal 1 (2,7%) apresenta TA ótima. O grupo de homens pré obesos 2 (5,4%) TA normal-alta, sendo que 1 (2,7%) apresentaram cada um: TA ótima, HTA grau I e HTA grau III. No grupo de homens obesos grau I, 2 (5,4%) apresentaram HTA grau I e 1 (2,7%) apresentaram cada um: TA ótima, normal e normal-alta.

Relativamente ao peso, está atualmente documentado que “A prevalência de hipertensão é cerca de 3 vezes maiores em pacientes obesos” (Galvão & Kohlmann Jr., 2002, p. 262).

“A obesidade, definida como $(IMC) > 30\text{kg/m}^2$, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de HTA” (Barreto-Filho, Consolim-Colombo, & Lopes, 2002, p. 174).

Tendo em conta os mesmos autores “Existe uma relação direta do IMC e a TA. (...) A hipertensão pode ser diretamente atribuída à obesidade em aproximadamente 78% dos homens e 65% das mulheres” (Barreto-Filho, Consolim-Colombo, & Lopes, 2002, p. 176).

Assim sendo, tendo em conta o estudo de (Barreto-Filho, Consolim-Colombo, & Lopes, 2002, p. 175), sabe-se que “Vários estudos em grande número de pacientes confirmam que o controle do peso é um tratamento efetivo para a redução da TA em pacientes hipertensos e obesos que apresentam níveis elevados de TA.”

Segundo a American College of Cardiology & American Heart Association (2014) a obesidade aumenta o risco de morbidade por HTA, dislipidemia, diabetes méllitus tipo 2, doença arterial coronária, AVC, doenças osteoarticulares, apneia do sono e problemas respiratórios e alguns tipos de cancro. A obesidade também está associada ao aumento de risco de todas as causas e mortalidade por DCV. As consequências biomédicas, psicossociais e económicas da obesidade têm implicações, significativas para a saúde e para o bem-estar da população, condicionando muito a sua qualidade de vida.

Desta forma Uma vez que na população portuguesa há uma forte correlação entre o IMC e a hipertensão, para a prevenção e tratamento da hipertensão será necessário implementar medidas a nível populacional de combate à epidemia da obesidade (Santos & Pereira, 2014, p. 17).

De acordo com os diversos autores mencionados anteriormente, concluiu-se que de facto nem todos os obesos tinham TA elevada. No entanto conseguiu-se compreender na amostra estudada que o aumento do peso era acompanhado por um agravamento da TA, sendo que a HTA I e a HTA III apenas se manifestou nos participantes Pré-obesos e Obesos em Grau I.

V. Conclusão

Dado termo ao processo de análise e discussão dos resultados do presente projeto de investigação, mostrou-se imprescindível a elaboração da conclusão com propósito de expor dados, analisar resultados, e descrever algumas sugestões e limitações que tenham influenciado, de algum modo, o resultado de todo o trabalho de investigação, quer ao nível do processo quer ao nível dos resultados finais obtidos.

Tendo em conta o objetivo específico do presente estudo, “Conhecer a relação entre a Variação da TA e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende”, compreendeu-se que de facto neste estudo a TA tende a aumentar nos grupos dos pré-obesos e dos obesos de grau I. No entanto não se conseguiu identificar esta relação nos obesos de grau II e obesos de grau III. Assim sendo, o objetivo específico do estudo foi realizado.

Como o estudo incidiu nos adultos (18 aos 64 anos) residentes em Resende e que se encontravam no largo da igreja nos dias 2 e 9 de Outubro de 2016, a colheita de dados tornou-se limitada, pois apenas as pessoas que frequentavam a igreja nessa data, tiveram a oportunidade de participar.

Considerando esta limitação, seria interessante proceder-se a um novo estudo de investigação, mas desta vez dirigido a uma amostra aleatória, mais abrangente e sem as limitações de tempo que este estudo implicou.

Conclui-se, mesmo assim, que de facto a realização deste projeto se mostrou muito enriquecedora, tanto a nível de conhecimento científico como a nível de desenvolvimento pessoal no que diz respeito à aprendizagem de uma nova área – a investigação, tendo presente a sua importância para o conhecimento científico e a sua pertinente utilização no desenvolvimento das práticas dos cuidados de enfermagem. Neste caso concreto a sua importância deve-se à contínua necessidade de adequar os cuidados de enfermagem às necessidades reais da população, através da avaliação diagnóstica para uma prática refletida que se repercuta em cuidados eficientes e eficazes na promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria contínua da qualidade de vida.

VI. Bibliografia

ABC da Saúde e Prevenção. (2003). *Grande Enciclopédia Médica - Saúde Familiar* (Vol. 8). Matosinhos: Quid Novi.

American College of Cardiology/American Heart Association. (2014). Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*.

Barreto-Filho, J. A., Consolim-Colombo, F. M., & Lopes, F. H. (Abril/Junho de 2002). Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica? *Revista Brasileira de Hipertensão*.

Barta, T. (1997). *Actividade Física e Medicina Moderna*. Odivelas: Europress.

Beevers, D. G. (2010). *Compreender a Tensão Arterial*. Porto: Porto Editora.

Burrows, R., Correa-Burrows, P., Reyes, M., Blanco, E., Albala, C., & Gahagan, S. (14 de April de 2015). High cardiometabolic risk in healthy Chilean adolescents: associations with anthropometric, biological and lifestyle factors. *Public Health Nutrition*, pp. 1-8.

Carmona, J. P., Polónia, J., & Martins, L. (2009). *Hipertensão Arterial: O Que Todos Precisamos de Saber*. Lisboa: Lidel.

Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L., & Jardim, P. C. (2012). A influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida.

Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. (2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

CIPE. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Lusodidacta.

Correia, R. (Janeiro de 2012). Promover a aproximação da medicina familiar à hospitalar. *Congresso de prioridades da sociedade portuguesa da hipertensão*.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.S.A.

DGS - Circular normativa nº 020 /2011 de 28/09/2011, atualizada a 19/03/2013/DGCG. (s.d.). Hipertensão Arterial: definição e classificação.

DGS. (17 de março de 2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade (Circular Normativa).

DGS. (28 de Setembro de 2011). Hipertensão Arterial: definição e classificação. p. 4.

DGS. (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Lisboa.

DGS. (2014). *Portugal Idade Maior em Números - 2014*. Lisboa.

DGS. (2017). *Alimentação Saudável*. Obtido em 24 de Maio de 2017, de <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/dieta-mediterranica/>

Espiga, M. M., & Ferreira, R. C. (2015). A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. *Revista Fatores de Risco*, 47-56.

Farah, O. G., & Sá, A. C. (2008). *Psicologia Aplicada à Enfermagem*. Barueri: Manole.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Montreal: Lusodidacta.

Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2017). *Fundação Portuguesa de Cardiologia*. Obtido em 7 de maio de 2017, de <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/hipertensao/>

Galvão, R., & Kohlmann Jr., O. (Julho/Setembro de 2002). Hipertensão arterial no paciente obeso. *Revista Brasileira de Hipertensão*.

Golffredo Filho, G. S., Lopes, C. d., & Faerstein, E. (2013). Conhecimento de diagnóstico prévio de hipertensão arterial tem impacto sobre o cotidiano do indivíduo? Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*.

Gomes, L. R. (2012). *Biofísica para Ciências da Saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Hatchett, R., & Thompson, D. (2002). *Enfermagem Cardíaca - Um Guia Polivalente*. Londres: Lusociência.

Hill, M. M., & Hill, A. (2014). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidimiológica*. Porte Alegre: artmed.

INE. (2015). *PORDATA*. Obtido em 11 de Abril de 2017, de <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

INE. (2015). *PORDATA*. Obtido em 12 de Abril de 2017, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Clarificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (12 de Novembro de 2015). *Associação Portuguesa dos Nutricionistas*. Obtido em 23 de Maio de 2017, de <http://apn.org.pt/noticia.php?id=321>

Macedo, M. E. (Janeiro de 2011). SPH está a levar a cabo estudo pionero e com objetivos ambiciosos. *Novo estudo da SPH "esmiúça" hipertensão arterial e consumo salino dos portugueses*.

Macedo, M. E. (2013). *Médicos de Portugal*. Obtido em 7 de maio de 2017, de <https://www.medicosdeportugal.pt/info/especialidades/cerca-de-3-milhoes-de-portugueses-sofrem-de-hipertensao-arterial/>

Marconi, M. D., & Lakatos, E. M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Oliveira, S. D. (2016). Portugueses entre os que mais cresceram. *Jornal de Noticias*. Obtido de <http://www.jn.pt/nacional/interior/portugueses-entre-os-que-mais-cresceram-5307136.html>

OMS. (6 de Outubro de 2016). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido de http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=205%3Adia-mundial-da-saude-2013-destaca-o-controle-da-hipertensao&Itemid=183&lang=en

Ordem dos enfermeiros. (1996). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Vol. II). Loures: Lusociência.

Pinheiro, P. (14 de Outubro de 2016). *MD.Saúde*. Obtido de <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>

Pontes, M. M. (2015). *ESTILOS DE VIDA E TENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS JOVENS*. Porto.

Programa Nacional de Saúde Escolar cit in DGS. (2017). *DGS*. Obtido em 24 de Maio de 2017, de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/estilos-de-vida.aspx>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.

Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Edição ed.). Porto: Livpsic.

Santos, A., & Pereira, C. M. (Abril-Junho de 2014). Alimentação e Hipertensão Arterial em Portugal. *Revista Fatores de Risco*, pp. 13-17.

Schmitz, N. V., & Fajardo, A. P. (Maio-Agosto de 2016). Como idosos hipertensos e diabéticos que moram sozinhos cuidam desses agravos? *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*.

Silva, L. B., Silva, S. S., Marcílio, A. G., & Pierin, A. M. (2011). Prevalência de Hipertensão Arterial em Adventistas do Sétimo Dia da Capital e do Interior Paulista.

Sociedade Portuguesa da Hipertensão. (2014). Guidelines de 3013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 9.

Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. (2009). Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa. *Oitavo Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*. Obtido em 18 de Abril de 2017

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

WHO. (2015). *World Health Organization*. Obtido em 8 de Abril de 2015, de http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

WHO. (2016). *World Health Statistics*. Geneva.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008).

Marta Soraia da Silva Braga, a frequentar a Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, propõe-se realizar um estudo subordinado ao tema: “Relação entre a variação da Tensão Arterial e o grau de Obesidade nos Adultos Residentes em Resende”, através da aplicação de um questionário por inquérito, dirigido aos Adultos Residentes em Resende.

São objetivos do estudo:

- Identificar valores da TA nos Adultos de Resende;
- Avaliar a altura e o peso dos Adultos Residentes em Resende.
- Estimar o IMC do grupo de participantes através do peso e da altura.

O estudo tem como finalidade conhecer indicadores de saúde a fim de desenvolver ações de educação para a saúde dirigidas à população de Resende.

Eu, abaixo-assinado, tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, que versou os objetivos, os métodos e a sua finalidade.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Por isso, consinto que me seja aplicado o Questionário sobre Obesidade e Pressão Arterial, proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 2016

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

(Marta Soraia da Silva Braga) _____

Anexo 2 – Questionário

Anexo 3 – Grelha de Avaliação dos dados Antropométricos e da Tensão Arterial

Grelha de Avaliação de Dados Antropométricos e Tensão Arterial

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

11. **Peso atual** Kg

12. **Estatura** cm

13. **Calculo do IMC** _____

11.

12.

13.

13.A Pressão Arterial (1ª avaliação)

a. Mínima - ___ / ___ / ___ - ___

b. Máxima - ___ / ___ / ___ - ___

13a	
13b	

13.B Pressão Arterial (2ª avaliação)

a. Mínima - ___ / ___ / ___ - ___

b. Máxima - ___ / ___ / ___ - ___

13a	
13b	

13.C Pressão Arterial (3ª avaliação)

a. Mínima - ___ / ___ / ___ - ___

b. Máxima - ___ / ___ / ___ - ___

13a	
13b	